

義肢意見書

(令和8年7月改訂)

氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)	
現 住 所					
障 害 名				障害等級 級	
現 症 ＊おもに障がいの 原因となる原疾患 の病名と病歴、現 在の身体状況等及 び能力低下をきた す原因となる機能 障がい等について も具体的に記載す ること。					
補 装 具 の 名 称					
現在の補装具の状況について 1 所持している 支給体系 総合支援法（身障法）・医療保険・労災補償法 その他（ ） 支給年月日 破 損 状 況 装 着 状 況 2 所持していない					
現 在 の 生 活 地	在宅 施設入所中 入院中 その他（ ） ※ 施設名・病院名(診療科名)を記入（ ）				
装着についての意見（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載すること。） （使用効果見込等）					
年 月 日 所 在 地 医療機関名 診 療 科 名 医師名 (記名押印又は署名)					

義手（殻構造）処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和8年7月改訂）

市町村名		氏名		生年月日	年 月 日 （ 歳）						
切断部位	(右・左・両)										
基本型式	構 造 種 別			殻 構 造						備考	
	名 称			肩	上腕	肘	前腕	手	手部		手指
	採 型 区 分			A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6		A-7
	能動式・電動式・その他（装飾用、作業用）										
	加 算 要 素			肩甲胸郭間切断用 吸着式 顎上懸垂式 スプリットソケット チェックソケット							
製作要素	ソケット	皮 革									
		熱 硬 化 性 樹 脂									
		熱 可 塑 性 樹 脂									
	ソフトインサート	皮 革									
		軟 性 発 泡 樹 脂									
		皮革・軟性発泡樹脂									
	ハーネス	肩義手用 上腕義手用 肘義手用		胸郭バンド式肩ハーネス一式 肩たすき一式 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 8字ハーネス一式							
		前腕義手用 手義手用 手部義手用		胸郭バンド式前腕ハーネス一式 8字ハーネス一式 9字ハーネス一式 たわみ式肘継手（一組） Yストラップ 上腕カフ（三頭筋パッド）							
	支 持 部	能 動 式 電 動 式 そ の 他	肩 部								
			上腕部	熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂							
			前腕部	熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂							
			手 部								
	外 装	肩 部		皮革	プラスチック	塗装					
		上 腕 部		皮革	プラスチック	塗装					
		前 腕 部		皮革	プラスチック	塗装					
断端袋	上腕用 前腕用										
完成用部品	肩 継 手										
	肘 継 手										
	手 継 手										
	手 先 具										
	そ の 他										
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。											
（借受けの希望 有 ・ 無 ）											
年 月 日 所 在 地 医療機関名 診 療 科 名						製作予定事業者名					
医師名 (記名押印又は署名)						種目名称別コード					

※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。

※ 完成用部品には、使用部品の品番を記載のこと。

義足（殻構造）処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和8年7月改訂）

市町村名		氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）				
切断部位	（右・左・両）								
基本型式	構造種別		殻構造						備考
	名称		股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	
	採型区分		B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7
	型式			差込式 ライナー式 吸着式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式 TSB式	差込式 有窓式	足袋式 下腿部支持式	
	加算要素		片側骨盤切断用 短断端切断用キップシャフト 坐骨収納型 大腿支柱付き チェックソケット 透明プラスチック						
製作要素	ソケット	木製							
		皮革							
		熱硬化性樹脂							
		熱可塑性樹脂							
		加算要素	エアクッションソケット カーボンストッキネット 二重ソケット（熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂） 下腿部支持式						
	ソフサトイ	皮革・フェルト							
		皮革							
		軟性発泡樹脂							
		皮革・軟性発泡樹脂							
		シリコーン							
	支持部	股部							
		大腿部（膝義足を含む）	木製 熱硬化性樹脂						
		下腿部（サイム義足を含む）	木製 熱硬化性樹脂						
		足部	軟性発泡樹脂（サイム、足根中足、足趾義足のみ適応）						
	懸垂用品	股義足	懸垂帯一式						
大腿・膝		シレジアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 横吊帯 義足用股吊帯一式							
下腿・サイム		腰バンド 横吊帯 大腿コルセット一式 PTBカフベルト一式							
断端袋	大腿用 下腿用								
外装	股部・大腿部・下腿部	皮革 プラスチック 塗装							
	足部	表革 裏革 塗装 リアルソックス							
完成用品	股継手								
	膝継手								
	足継手								
	足部								
	その他								
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。									
（借受けの希望 有 ・ 無 ）									
年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名 医師名 （記名押印又は署名）						製作予定事業者名			
						種目名称別コード			

※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。完成用部品には、使用部品の品番を記載のこと。

義手（骨格構造）処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和８年７月改訂）

市町村名		氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
名 称	右・左 肩義手	右・左 上腕義手	右・左 肘義手	右・左 前腕義手		
採型区分	A－１	A－２	A－３	A－４		
型 式	能 動 式 その他（装飾用、作業用）					
加算項目	肩甲胸郭間切断用 吸着式 顆上懸垂式 スプリットソケット					
ソケット	皮革 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂					
ソフティナート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂					
支 持 部	肩義手用	上腕義手用	肘義手用	前腕義手用		
義 手 用 ハーネス	肩義手用 上腕義手用 肘義手用 前腕義手用	胸郭バンド式ハーネス一式 肩たすき一式 ８字ハーネス一式 ９字ハーネス一式 上腕カフ（三頭筋パッド）				
断 端 袋	上腕用 前腕用					
外 装	肩義手用	上腕義手用	肘義手用	前腕義手用		
完 成 用 部 品						
	型 式	使 用 部 品				
肩 継 手						
肘 継 手						
手 継 手						
調 整 用 部 品						
手 先 具						
外 装	フォームカバー					
そ の 他						
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。						
（借受けの希望 有 ・ 無 ）						
年 月 日 所 在 地 医療機関名 診 療 科 名 医師名 （記名押印又は署名）				製作予定事業者名		
				種目名称別コード		

義足（骨格構造）処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和8年7月改訂）

市町村名		氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
名 称	右 左 股義足		右 左 大腿義足	右 左 膝義足	右 左 下腿義足	右 左 サイム義足
採型区分	B－1		B－2	B－3	B－4	B－5
型 式			差込式 ライナー式 吸着式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 P T B式 P T S式 K B M式 T S B式	差込式 有窓式
加算項目	片側骨盤切断用 短断端切断用キップシャフト 坐骨収納型ソケット 大腿支柱付き チェックソケット 透明プラスチック					
ソケット	木製 皮革 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂					
加算要素	二重ソケット（熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂） エアクッションソケット カーボンストッキネット					
ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト シリコン					
支 持 部	股義足用 大腿義足用 膝義足用 下腿義足用（サイム義足を含む）					
懸垂用 部 品	股義足	懸垂帯一式				
	大腿・膝	シレジアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 横吊带 義足用股吊带一式				
	下腿・サイム	腰バンド 横吊带 大腿コルセット一式 P T Bカフベルト一式				
断 端 袋	大腿 下腿					
外 装	股義足用 大腿義足用 膝義足用 下腿義足用					
完 成 用 部 品 型 式 使 用 部 品						
股継手	カナダ式 ロック式					
膝継手	A単軸式（遊動式・ロック式） B安全膝 C多軸膝（遊動式・ロック式）					
足継手	A固定式（SACH用） B遊動式（単軸足用・多軸足用）					
足 部	SACH足部 単軸足部 多軸足部 サイム用足部					
調整用 部 品	・コネクタ ・チューブ					
	・クランプアダプター ・ターンテーブル ・その他（ ）					
外 装	フォームカバー ストッキネット					
その他	・ KBMウェッジ ・懸垂ベルト（股大腿用・下腿用）					
	・ライナー（ピンアタッチメント 有 無 ） ・ライナーロックアダプター					
	・パンパー ・吸着バルブ ・SACHアングルブロック					
	・コネクションプレート ・プレッシャーパッド					
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。 （借受けの希望 有 ・ 無 ）						
所在地 医療機関名 診療科名 年 月 日					製作予定事業者	
医師名 （記名押印又は署名）					種目名称別コード	

義肢判定依頼調査書

調査日 年 月 日（市町村調査者氏名： ）

ふりがな	
氏 名	生年月日 年 月 日（ 歳）
1 切断等について	
①切断等の理由（疾病の場合は疾患名・事故・その他）（ ）	
②切断等年月日・労災の適応の有無 年 月 日（頃） 労災 （有・無）	
2 訓練用仮義肢（医療用）について	
製作日 年 月 日 頃（病院名： ）	
義肢名（右・左）（ 殻構造・骨格構造 ）	
3 入院・手術・治療等の経過について（合併症（糖尿病等）がある場合も記載のこと）	
4 現在の状況、活動状況（自立歩行・手摺り・杖・車椅子の併用等）について	
① 断端の状況（腫脹・痛み・傷・出血・日内等変動の有無）：	
② 屋内：（義肢の装着状況や使用状況及び歩行状況（例：自立歩行。杖歩行等）を具体的に記載）	
③ 屋外（階段昇降等も含めて）：（義肢の装着状況や使用状況及び歩行状況（例：義足は装着せず両松葉杖歩行。常時義足装着して伝い歩き等。）を具体的に記載）	
④ 生活状況（就労・社会参加・通院・買い物等） 就労等：具体的な仕事内容について（例：建築業で、現場で不整地を義足で歩く。接客業で義手を装着し接客している。デイサービスに週2日通所。内科クリニックに週3日通院。）	
5 今回の判定依頼について	
① 年 月支給又は修理分の＜修理・再支給＞ ＜新規支給＞ 相談したい義肢の状況（サイズ不適合、破損、経年劣化等の状況（新規支給の場合は訓練用仮義肢について）を記載してください。借受けの希望があれば、内容を詳細に聞き取ってください。）	
②「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承 (済 ・ 未)	
・ 来所希望日（ ） ・ 補装具事業者名（ ）	

*今回の＜新規支給・再支給・借受け・修理＞に関する義肢について、可能な限り具体的に記入してください。

*再支給や修理の際に完成用部品の品番の変更がある場合、「義肢の完成用部品の比較検討状況について」にて、選択理由及び選定過程を確認します。なお、新規申請の場合においても、医療用で作製した義肢の完成用部品の選択理由について、同様の調査をお願いします。

義肢の完成用部品の比較検討状況について

(※新規申請及び再支給、修理でタイプ変更を希望される場合に記載してください。)

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

【 ライナー、 膝継手、 足部・足継手、 その他 】 ←該当するものに○

- ※注 1 パーツごとに、1枚ずつ記入すること。
- 2 試用した完成用部品の比較検討状況を記載すること。
(カタログ記載の一般的な内容ではなく、「対象者にとって」という個別の視点で記載すること。)
- 3 試用するも、適合しなかった完成用部品についても記載すること。
- 4 訓練用仮義足と同じ部品を使用する場合でもその部品を選定するに至った理由を記載すること。

	部品名 (型式)	特徴	試用期間 ・時間	希望理由・結果 (使用感や特に不都合があるところを具体的に記載すること。)
記載例	足部 1C30 (SACH)		R〇.〇.〇 ～R〇.〇.〇 (1日2時間)	・足部が柔らかすぎて、踵を着いた際(踵接地時)にくじいた感じ(内反)になり、不安定で心配とのこと。
申請の 完成用 部品				
他に比 較検討 した完 成用部 品				
※比較検討した完成用部品(ライナー、膝継手、足部・足継手、その他)がない場合は、その理由を記載してください。				

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者： _____ (職種： _____)

完成用部品の変更希望理由書

氏 名 : _____ (市町村: _____)

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

☐ 来所判定 ☐ 書類判定 ☐ 巡回補装具判定

※下記の理由により、完成用部品の変更を希望します。

1 使用中の完成用部品

☐ 膝継手 ☐ 足部 ☐ 足継手 ☐ その他

名称: _____ 価格: _____ 円

特徴: _____

2 具体的な変更希望理由

3 比較検討を希望する完成用部品と特徴

※本人に適合すると考える点（何が期待できるのか）を明確にすること。

① _____ (_____ 円)

② _____ (_____ 円)

③ _____ (_____ 円)

年 _____ 月 _____ 日

補装具事業者名