

オーダーメイド方式で作製する必要がある場合は、その理由の該当項目を○で囲み、内容を以下に記入してください。

1. 身体寸法 2. 身体状況 3. 特別な構造等 4. 環境要因 5. その他

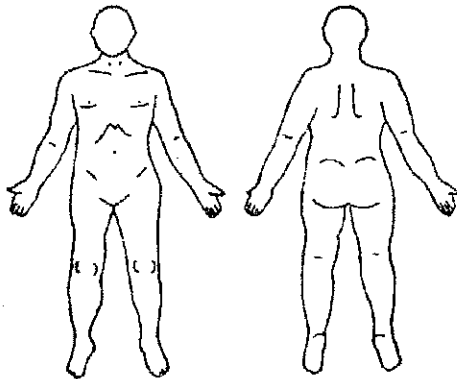
1. 身体寸法 (レディメイドで適合しない部位、寸法を記入してください。)

2. 身体状況 (該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。)

- (1) 感覚障害 (下記に図示): なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害 (下記に図示): 弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
痙攣性の部位および程度 ()
- (3) 四肢欠損等、形態異常: なし・あり・(部位・程度) ()
- (4) 変形: なし・脊柱・上肢・下肢・(部位・程度) ()
- (5) 関節可動域制限: なし・あり・(部位・角度) ()

参考図示

[追加所見]



変形 × 切離断  感覚障害  運動障害 

3. 特に必要とされる構造

4. 環境要因

5. その他の理由

6. 処方内容

備考

令和 年 月 日

病院名

診療科

医師名

印

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師が作成のこと。