

上肢装具処方箋

氏名		男・女		生年月日		年 月 日生 (歳)		
住所								
名称						採型区分		
要素区分		使用材料				整理番号		
基本価格		採型 採寸						
製 作 要 素 価 格	継 手	肩継手	固 定	遊 動				
		肘継手	固 定	遊 動				
		手継手	固 定	遊 動				
		MP継手	固 定	遊 動				
		IP継手	固 定	遊 動				
	支 持 部	胸 郭 支持部	モールド	フレーム				
		骨 盤 支持部	モールド	フレーム				
		上 腕 支持部	半 月	モールド				
		前 腕 支持部	半 月	モールド				
		手部背側 パット	モールド	フレーム				
	付 属 品							
	完 成 要 素 価 格	完 成 用 部 品						
合 計								
処方箋作成年月日				年 月 日				
医療機関名								
医師氏名						印		

(注意) 身障法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法施行令第1条第2項に基づく医療を行う機関において当該医療を主として担当する医師で肢体不自由の指定を受けている医師若しくは難病に係るものについては、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された医師が作成のこと。