

装具処方内容（体幹装具、上肢装具）

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳		
職業						
装具の名称（レディメイドの場合商品名）						
名称・区分 基本構造 基本価格						
1 体 幹 装 具	C-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸				
	1.頰椎装具	2.胸腰仙椎装具	3.腰仙椎装具	4.仙腸装具	5.側弯症装具	
	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	
2 上 肢 装 具	D-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸				
	1.肩装具	2.肘装具	3.手関節装具	4.手装具	5.指装具	<input type="checkbox"/> BFO
	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.両側支柱付き C.軟性	A.硬性 B.両側支柱付き C.片側支柱付	A.硬性 B.フレーム	A.硬性 B.フレーム C.軟性	<input type="checkbox"/> PSB

【制作要素】

1.体幹装具	
<p>a.支持部</p> <p>(1)頰椎支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.カラー 1.あご受けあり 2.あご受けなし</p> <p>(2)胸椎支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.軟性</p> <p>(3)胸椎支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.軟性</p>	<p>b.その他の加算要素</p> <p>(1)体幹装具付属品 <input type="checkbox"/>高さ調整 <input type="checkbox"/>ターンバックル式 <input type="checkbox"/>腰部継手 <input type="checkbox"/>バタフライ <input type="checkbox"/>肩バンド <input type="checkbox"/>会陰ひも <input type="checkbox"/>腹圧強化バンド</p> <p>(2)側弯症装具付属品 <input type="checkbox"/>ミルウォーカー型付属品一式 <input type="checkbox"/>胸椎パッド <input type="checkbox"/>腰椎パッド <input type="checkbox"/>ショルダーリング <input type="checkbox"/>腋窩パッド <input type="checkbox"/>ネックリング <input type="checkbox"/>胸郭バンド <input type="checkbox"/>アウトリガー <input type="checkbox"/>前方支柱 <input type="checkbox"/>後方支柱 <input type="checkbox"/>側方支柱</p> <p>(3)内張り</p>
2.上肢装具	
<p>a.継手</p> <p>(1)肩継手 A.固定式・B.遊動式 C.肩回旋装置</p> <p>(2)肘継手 A.固定式・B.遊動式 C.プラスチック継手</p>	<p>b.支持部</p> <p>(1)胸郭支持部 A.硬性 B.フレーム</p> <p>(2)骨盤支持部 A.硬性 B.フレーム</p> <p>(3)上腕支持部 A.半月 B.皮革等</p> <p>(4)前腕支持部 A.半月 B.皮革等</p> <p>(5)手部背側パッド A.硬性 B.フレーム</p> <p>(6)手掌パッド A.硬性 B.フレーム</p>
c.その他の加算要素	
<p><input type="checkbox"/>肘サポーター（支柱付き・支柱なし）</p> <p><input type="checkbox"/>末節骨パッド（硬性・フレーム）</p> <p><input type="checkbox"/>中・末節骨パッド（硬性・フレーム）</p> <p><input type="checkbox"/>対立バー</p> <p><input type="checkbox"/>Cバー</p> <p><input type="checkbox"/>アウトリガー</p> <p><input type="checkbox"/>伸展・屈曲補助パネ</p> <p><input type="checkbox"/>肘当て</p> <p><input type="checkbox"/>ターンバックル</p> <p><input type="checkbox"/>フレクサーヒンジ</p> <p><input type="checkbox"/>内張り（上腕部・前腕部・手部）</p>	

【完成用部品】

完 成 用 部 品	
-----------------------	--

年 月 日

医療機関名

医師