**補装具費支給意見書添付資料**

**（電動義手）**　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 男・女 | T・S・H・R  年　　月　　日生　　歳 |
| 切断時期　　　　　 　年　　月　　日 | | 切断部位 | |
| 切断原因　　外傷 ・ 腫瘍 ・ 先天性 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 使用中の義手の有無（　有 ・ 無　） | | | |
| 有 | 利用制度　　医療保険・労災保険・障害者総合支援法・その他（　　　　　　　　　　） | | |
| 訓練期間　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 義手の名称、構造、型式 | | |
| 使用目的 | | |
| 作業内容 | | |
| 使用頻度、使用時間 | | |
| 無 | 義手を作製しなかった理由、或いは、義手を作製したが使用していない理由 | | |
| 電動義手を必要とする理由（就労、就学、日常生活において能動義手では対応できない作業内容及び使用頻度等を具体的に記入） | | | |
| 使用目的　　就労（職業　　　　　　　　　　） ・ 就学 ・ 日常生活 | | | |
| 作業内容 | | | |
| 使用頻度、使用時間（予定） | | | |

裏面あり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 専門機関での電動義手の訓練の状況 | | |
| 訓練は（　終了し使用可能 ・ 訓練中 ・ 訓練を受けていない　） | | |
| 訓練期間　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 断端の状態（瘢痕、皮膚移植、疼痛等の有無） | | |
| 断端長　　　　　　ｃｍ | 健肢長　　　　　　ｃｍ | 断端周径　　　　　　ｃｍ |
| 上肢関節可動域（問題がある場合に記入） | | |
| 筋力（問題がある場合に記入） | | |
| 電動義手の訓練に積極的に取り組くむ意欲（　有 ・ 無　）  電動義手を使いこなす理解力・判断力（　有 ・ 無　）  手先具の開閉操作に必要な筋電の検出及び分離は可能か（　可 ・ 不可　）  電動義手を装着し、手先具の開閉操作及び手作業は可能か（　可 ・ 不可　）  電動義手を効果的・持続的に使用する（　可 ・ 不可　）  ソケット適合や筋電検出等に不具合が生じた際の継続的な支援体制（　有 ・ 無　） | | |
| 習得した作業能力（具体的に） | | | |
| 特記事項 | | | |
| 令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名  　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 | | | |