様式第16号

殻構造義肢電動式義手調査書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　男･女　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 住所 |  |
| 障害名 |  | 等級 | 　　　級 |
| 職業及び業務内容と就労期間 | 切断時： | 切断年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 復職時： |
| 現　在： |
| 切断原因 |  | 切断部位 |  |
| 断端長 | 右：　　　ｃｍ　　左：　　　ｃｍ　（／上肢長　　ｃｍ） |
| 合併症 | 右：なし・幻肢痛・断端痛・骨突起・皮膚瘢痕・その他 |
| 左：なし・幻肢痛・断端痛・骨突起・皮膚瘢痕・その他 |
| 利き手 | 切断前：　右・左　　　切断後：　右・左 |
| 義手装着訓練の経過 | 訓練用仮義手(能動)　訓練期間：装飾用・能動式　　訓練期間： | 電動式の訓練 | 期間 | 　　　　年　月　日から　　　　年　月　日まで |
| 頻度 | 　時間／　回　　週間 |
| 電動式以外の使用状況等 | 装飾用義手使用の有無：使用状況等： |
| 能動式フック型使用の有無：使用状況等： |
| 能動式ハンド型使用の有無：使用状況： |
| 切断後の電動式訓練 | 訓練を受けた場所：断端及び義手訓練の具体的内容：筋電分離訓練の具体的内容： |
| 電動式と併用義手について |  |
| 電動式の適合状況等の所見（他義手と比較して生活、職業上優位となる点） |  |
| 特記事項 |  |
| 使用についての市町村の意見 | （※　電動式を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。）　　　　　　　　　調査者：職・氏名　　　　　　　　　　 |

（注）　この調査書は、電動式の必要性等について市町村の障がい者福祉担当者が実際に調査を行なって記載してください。