

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診 療 所

医 師

両上肢切断者に係る筋電電動義手の適合判定結果報告書

下記申請者について、適合判定結果を下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
<p>適合判定結果</p> <p>1 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <p>① 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号の検出の有無 有 ・ 無</p> <p>② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無</p> <p>③ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無 有 ・ 無</p> <p>④ ソケットを装着することができる断端の有無 有 ・ 無</p> <p>⑤ 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無 有 ・ 無</p> <p>2 筋電電動義手の使用の可否について 可 ・ 否</p> <p>判断理由 否とした場合は、その理由を記載してください。また、可とした場合は、装着訓練の経過、操作の習熟度、ADL評価及び今後の使用の見込みの有無等について、分かる範囲で記載してください。</p>	

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

医師

片側上肢切断者に係る筋電電動義手の装着訓練等及び適合判定結果報告書

下記申請者について、装着訓練及び試用装着期間の状況並びに適合判定の結果を下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
<p>1 装着訓練等の状況</p> <p>(1) 装着訓練の状況</p> <p>① 筋電電動義手のみの装着訓練を行った場合 装着訓練期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未</p> <p>② 筋電電動義手と能動式義手の装着訓練を併せて行った場合</p> <p>ア 筋電電動義手の装着訓練 装着訓練期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未</p> <p>イ 能動式義手の装着訓練 装着訓練期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 訓練実日数： 日 訓練の修了状況 了 ・ 未</p> <p>(2) 試用装着期間の状況 試用装着期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通院実日数： 日</p> <p>2 適合判定結果</p> <p>(1) 筋電電動義手を装着する上肢について</p> <p>① 手先装置の開閉操作に必要な強さの筋電信号の検出の有無 有 ・ 無</p> <p>② 筋電電動義手を使用するに足る判断力の有無 有 ・ 無</p> <p>(裏面に続く)</p>	

- ③ 筋電電動義手を使用するに足る十分な筋力の有無
有 ・ 無
- ④ ソケットを装着することができる断端の有無
有 ・ 無
- ⑤ 筋電電動義手を使用できる肩及び肘の関節可動域の有無
有 ・ 無

(2) 筋電電動義手の使用について

- ① 筋電電動義手の使用の可否について
可 ・ 否

(3) 筋電電動義手の継続使用について

- ① 筋電電動義手を継続して使用する見込みについて
有 ・ 無

上記 (2) 及び (3) の判断理由

(2) 又は (3) で否又は無とした場合は、その理由を記載してください。また、可及び有とした場合は、装着訓練及び試用装着期間における経過、操作の習熟度、ADL 評価等について、分かる範囲で記載してください。

様式第 13 号

平成 年 月 日

〇 〇 労 働 局 長 殿

病 院
診療所

医師

装 着 訓 練 中 止 報 告 書

下記申請者の装着訓練を中止したことについて、下記のとおり報告します。

申請者の氏名・年齢 ()	申請者の住所
報 告 事 項	

殿

労働局長

検 査 診 断 依 頼 書

義肢等補装具の購入費用の支給承認に当たって必要がありますので、下記により検査診断を受けるようお願いします。

記

1 検査診断を受ける医療機関

名 称 _____

所在地 _____

医師名 _____

2 受診日 _____

3 問い合わせ先

担当

電話

平成 年 月 日

労働局長 殿

医師 _____ 印

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

性 別 _____

種 目 _____

記

症 状 の 状 態					
<p>○ コンタクトレンズについて</p> <p>1 装用の可否 装用可・装用不可</p> <p>2 上記1の判断理由（具体的に記入してください。）</p>					
	BC	Pwr	Size	Cyl.p	Axs
右					
左					
申請受付番号					

平成 年 月 日

労働局長 殿

医師 _____ 印

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

性 別 _____

種 目 _____

記

症 状 の 状 態	
○ ストマ用装具について	
1 着用の可否 着用可・着用不可	
2 必要性の有無 必要あり・必要なし	
3 上記 1 の判断理由（具体的に記入してください。）	
4 上記 2 で必要ありの場合、ストマ用装具の処方内容について	
申請受付番号	

平成 年 月 日

労働局長 殿

医師 _____ ㊟

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

性 別 _____

種 目 _____

記

症 状 の 状 態	
<p>○ 浣腸器付排便剤について</p> <p>1 必要性の有無 必要あり・必要なし</p> <p>2 上記 1 の判断理由（具体的に記入してください。）</p> <p>3 上記 1 で必要ありの場合、グリセリン浣腸の処方内容について</p>	
申請受付番号	

労働局長 殿

医師 _____ ㊟

症 状 照 会 に 対 す る 回 答 書

以下の申請者について、義肢等補装具の購入費用の支給に係る症状を下記のとおり判断したので回答します。

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

性 別 _____

種 目 _____

記

症 状 の 状 態	
1	重度障害者用意思伝達装置によらなければ、意思の伝達が困難であるか。 困難である・困難でない
2	上記 1 で困難である場合、重度障害者用意思伝達装置が必要であるか。 必要あり・必要なし
3	上記 2 の判断理由（具体的に記入してください。）
(次のページに続く)	

申請受付番号

--

4 上記2で必要ありの場合

(1) 呼び鈴装置が必要であるか。

必要あり・必要なし

(2) 入力装置について、以下のものから選択するものに○を付けてください。

A：接点式入力装置 B：帯電式入力装置

C：筋電式入力装置 D：光電式入力装置

E：呼気式（吸気式）入力装置

F：圧電素子式入力装置

G：画像処理による眼球注視点検出式入力装置

(3) 上記(2)の入力装置を選択した理由

(申請者の障害の状態等を具体的に記載してください。)

労働者災害補償保険
外科後処置申請書

労働局長 殿

外科後処置を受けたいので、診査表を添付の上、下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所

申請者の 電話番号

氏 名 印 生年月日 年 月 日生

(記名押印又は署名)

1. 労働保険番号

2. 負傷(発病) 年 月 日

府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号

治 ゆ 年 月 日

3. 傷 病 名

4. 障 害 等 級 第 級 第 号

傷害の部位

5. 障害補償一時金又は
障害一時金の受領 年 月 日

6. 外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

障害補償年金又は
障害年金の支給決定 年 月 日

医療機関名

(年金証書 第 号)

所在地

7. 受けたい外科後処置のあらまし

保 険 給 付 記 録 票 照 合 欄		局 処 理 欄			原 票 記 入 者 印
		本件承認してよろしいか。 局 長 部 長 課 長 補 佐 係 長	交 付 年 月 日	承 認 書 契 印	
申 請 書 記 載 事 項 1~5 と 照 合 の 事 。	年 月 日				
署 名	承 認 番 号				
照 合 責 任 者 印	No.(整)				

平成 年 月 日

○ ○ ○ ○ 殿

○ ○ 労働局長 印

外科後処置承認決定通知書

平成 年 月 日付けをもって申請のあった外科後処置に関する診療について、承認と決定しましたので通知します。

なお、診療を受けようとするときは、医療機関に当該承認決定通知書を提出すること。

承認番号	No.		
労働保険番号			
氏名		生年月日	年 月 日
障害の部位			
障害(補償)年金の証書番号	第	号	
受たい外科後処置の内容			
外科後処置を受ける医療機関名			
医療機関の所在地			
医療機関が希望する入院年月日	平成 年 月 日		

この決定の詳細についてお聞きになりたい点があれば、照会先までご連絡ください。

この決定に不服がある場合は、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることができません。

この決定に対する取消訴訟は、国を被告として(訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。)、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、決定があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この決定に対する取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経る前又はその審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

照会先 ○○労働局労働基準部労災補償課○○係
電話 ○○○-○○○○