

装具連携帳

基本情報

氏名： 生年月日： 年 月 日

住所： 電話番号：

介護保険（区分）：

身体障害者手帳： 有 ・ 無

装具作製歴

記入例

作製日： 20〇〇 年 □ 月 △ 日
作製施設： 〇〇病院 主治医：
担当者： 作製業者： 〇〇義肢制作所
利用制度： 医療保険 ・ 総合支援法 ・ 労災 ・ 自費
利用目的： 屋内・屋外歩行
作製装具名： 金属支柱付きAFO（ダブルクレンザック、足部プラスチック、側壁あり）
作製疾患名： 脳梗塞 障害名： 右片麻痺
装具作製目的： 右下肢支持性向上、足部クリアランス確保
身体機能： 下肢BRSⅢ、足関節背屈可動域制限あり、足クローヌス（+）
予想されるリスク： 筋緊張亢進による内反の増強、下腿周径の変化による 装具不適合
備考： 装具角度底屈0°～背屈10°、靴→左こみち（〇cm）・右オルトα（〇cm）

装具作製歴

作製日：	年	月	日				
作製施設：	主治医：						
担当者：	作製業者：						
利用制度：	医療保険	・	総合支援法	・	労災	・	自費
利用目的：							
作製装具名：							
作製疾患名：	障害名：						
装具作製目的：							
身体機能：							
予想されるリスク：							
備考：							

作製日：	年	月	日				
作製施設：	主治医：						
担当者：	作製業者：						
利用制度：	医療保険	・	総合支援法	・	労災	・	自費
利用目的：							
作製装具名：							
作製疾患名：	障害名：						
装具作製目的：							
身体機能：							
予想されるリスク：							
備考：							

装具作製歴

作製日：	年	月	日				
作製施設：	主治医：						
担当者：	作製業者：						
利用制度：	医療保険	・	総合支援法	・	労災	・	自費
利用目的：							
作製装具名：							
作製疾患名：	障害名：						
装具作製目的：							
身体機能：							
予想されるリスク：							
備考：							

作製日：	年	月	日				
作製施設：	主治医：						
担当者：	作製業者：						
利用制度：	医療保険	・	総合支援法	・	労災	・	自費
利用目的：							
作製装具名：							
作製疾患名：	障害名：						
装具作製目的：							
身体機能：							
予想されるリスク：							
備考：							

装具作製歴

作製日：	年	月	日				
作製施設：	主治医：						
担当者：	作製業者：						
利用制度：	医療保険	・	総合支援法	・	労災	・	自費
利用目的：							
作製装具名：							
作製疾患名：	障害名：						
装具作製目的：							
身体機能：							
予想されるリスク：							
備考：							

作製日：	年	月	日				
作製施設：	主治医：						
担当者：	作製業者：						
利用制度：	医療保険	・	総合支援法	・	労災	・	自費
利用目的：							
作製装具名：							
作製疾患名：	障害名：						
装具作製目的：							
身体機能：							
予想されるリスク：							
備考：							

装具修理歴

記入例

修理依頼日：	20〇〇	年	□	月	△	日
修理担当施設：	〇〇病院	担当者：				
修理依頼業者：	〇〇制作所					
利用制度：	総合支援法	・	自費			
修理内容：	ベルクロの交換					
備考：						

修理依頼日：		年		月		日
修理担当施設：		担当者：				
修理依頼業者：						
利用制度：	総合支援法	・	自費			
修理内容：						
備考：						

修理依頼日：		年		月		日
修理担当施設：		担当者：				
修理依頼業者：						
利用制度：	総合支援法	・	自費			
修理内容：						
備考：						

装具修理歴

修理依頼日：	年	月	日
修理担当施設：	担当者：		
修理依頼業者：			
利用制度：	総合支援法	・	自費
修理内容：			
備考：			

修理依頼日：	年	月	日
修理担当施設：	担当者：		
修理依頼業者：			
利用制度：	総合支援法	・	自費
修理内容：			
備考：			

修理依頼日：	年	月	日
修理担当施設：	担当者：		
修理依頼業者：			
利用制度：	総合支援法	・	自費
修理内容：			
備考：			