

補装具費支給意見書・処方箋（下肢装具）

様式 4

氏名			生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所						
職業			原因傷病名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日) ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 （ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない ）		
障害名	(級)					
1. 申請する補装具の名称						
2. 障害・疾患等の状況について記載してください（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。）						
運動障害	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他 ()					
感覚障害	なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他 ()					
上肢機能	右	障害 (なし ・ あり)	(所見：関節の可動性、筋力、変形、足部の状態など)			
	左	障害 (なし ・ あり)				
体幹機能		障害 (なし ・ あり)				
下肢機能	右	障害 (なし ・ あり)				
	左	障害 (なし ・ あり)				
脚長差	なし ・ あり (右 ・ 左) が () c m短い		体重	k g		
立位能力	立位保持可能 つかまり立ち可能 介助立位可能 立位保持困難					
歩行能力	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※1 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名) (所見：歩容・歩行可能な距離などを記載してください)					
	(傷病名・合併症などを記載してください)					
その他の所見						
3. 申請する装具の目的、効果見込みについて記載してください						
1日の装用時間	常時（就寝時含む） 日中のみ 夜間のみ 作業時のみ その他 ()					
主たる使用目的	歩行 介助歩行 移乗 立位 その他 ()					
主たる使用場所	自宅（ 屋内・屋外 ） 学校・職場等 病院・施設等 その他 ()					
効果見込み						
4. 現在、使用・所持している下肢装具があれば状況について記載してください (なし ・ あり)						
使用状況						
作り替えが必要な理由 (破損・不適合状況等)						

※1 使用する補装具がなしの場合は裸足、ありの場合は補装具を使用した状態での歩行能力を記載してください。

【処方：下肢装具】

基本構造	部 位	(右 ・ 左 ・ 両)	(<input type="checkbox"/> 採型 ・ <input type="checkbox"/> 採寸)			
	採型区分	股 骨盤帯付 (片側) <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2	長下肢 膝 <input type="checkbox"/> A-3 <input type="checkbox"/> A-4	短下肢 (顆部) 短下肢 <input type="checkbox"/> A-5 <input type="checkbox"/> A-6	足 (ギプス ・ 印象材) 股外転 (膝屈曲型 ・ 膝伸展型) <input type="checkbox"/> A-7a <input type="checkbox"/> A-7b <input type="checkbox"/> A-8	骨盤帯付 (両側) <input type="checkbox"/> A-9 <input type="checkbox"/> A-10
	名 称	1. 股装具 A 硬性 B フレーム C 軟性 D ツイスター	2. 長下肢装具 A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付	3. 膝装具 A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 軟性	4. 短下肢装具 A 硬性 E 軟性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 後方支柱付	5. 足装具 A 足底装具 B Denis-Browne (デニスブラウン)型
継手	種 類	個 数	完成用部品		個 数	
	股継手	<input type="checkbox"/> 固 定 式 <input type="checkbox"/> 遊 動 式	()	<input type="checkbox"/> ロック式 (輪止め式・ストッパー付き輪止め式・ダイヤルロック式) <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 交互歩行式	()	
	膝継手	<input type="checkbox"/> 固 定 式 <input type="checkbox"/> 遊 動 式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手	()	<input type="checkbox"/> 遊動式 (普通型・オフセット) <input type="checkbox"/> ロック式 <input type="checkbox"/> スイスロック式 <input type="checkbox"/> トライラテラル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> 多軸膝 (遊動式・固定式) <input type="checkbox"/> コンピュータ制御	()	
	足継手	<input type="checkbox"/> 固 定 式 <input type="checkbox"/> 遊 動 式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手	()	<input type="checkbox"/> 制御式 (制限付) <input type="checkbox"/> 制御式 (補助 一方向・二方向) <input type="checkbox"/> 遊動式	()	
支持部	種 類		個 数	図示 ※装具名称と略図及び説明を記載		
	大 腿	1. 半 月	()			
		2. 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 大腿コルセット)	()			
		3. 硬 性 (<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂)	()			
	下 腿	1. 半月	()			
2. 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 下腿コルセット)		()				
3. 硬 性 (<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂)		()				
足 部	1. あぶみ	()				
	2. 足部 (<input type="checkbox"/> 足部覆い <input type="checkbox"/> 標準靴) (硬性 : <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂)	() ()				
	3. 足底装具 (<input type="checkbox"/> MP関節遠位 <input type="checkbox"/> MP関節近位)	()				
加 算	1. 大腿支持部坐骨支持式 2. 下腿支持部 (<input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式) 3. 足板の補強 4. カーボン使用 (<input type="checkbox"/> 大腿支持部 <input type="checkbox"/> 下腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部)					
その他の加算要素	<input type="checkbox"/> 膝サポーター (支柱付き ・ 支柱なし) ※オーダーメイドの処方理由を特記事項に記載してください <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> ツイスター (硬性 ・ 軟性) <input type="checkbox"/> Denis-Browne (デニスブラウン)型 <input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> T・Yストラップ () <input type="checkbox"/> スタビライザー <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助装置 () <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> 足底裏革 (すべり止め用) <input type="checkbox"/> 高さ調整 () <input type="checkbox"/> 内張り (大腿部 ・ 下腿部 ・ 足部 ・ 足底装具) <input type="checkbox"/> 足底装具屋内用ベルト <input type="checkbox"/> 補高 : 敷き革式 () c m 靴の補高 () c m					
レディメイド	メーカー名 () 型番 () 装具名称 ()					
※靴型装具付加 患 側 (右 ・ 左 ・ 両)			健 側			
1. 短 靴 2. チャッカ靴 3. 半長靴 4. 長 靴 <input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴			1. 短 靴 2. チャッカ靴 3. 半長靴 4. 長 靴			
特記事項 ※上記以外の付属品及び完成用部品、体幹装具の骨盤帯等が必要な場合は追記をお願いします						
上記のとおり意見、処方する。 年 月 日			所 在 地 医療機関名 (自署又は記名押印) 医 師 氏 名			
上記処方により医学的に適合したことを証明する。 年 月 日			所 在 地 医療機関名 (自署又は記名押印) 医 師 氏 名			
年 月 日 製品検査			職 ・ 氏 名			