

補装具費支給意見書・処方箋（下肢装具）

様式 4

氏名			男・女	生年月日	M T S H	年 月 日	歳
住所							
職業			原因傷病名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日頃) ※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 (☐ する・ ☐ 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、変形など)				
	左	障害 (なし ・ あり)					
体幹障害		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)						
その他の所見	(傷病名・合併症などを記載してください)						
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。

基本型式	部位 右・左・両	股 A-1	長下肢 A-2（骨盤付） A-3	膝 A-4	短下肢 A-5（顆上式） A-6	足底 A-7	股関節外転 A-8 A-9	両長下肢 （骨盤付） A-10	靴型 B-1 B-2
	採型区分	採型 採寸							
	構造	両側支柱 鋼線支柱	片側支柱 板ばね	硬性（支柱付き） 硬性		硬性（支柱なし） 軟性		金属枠 スウェーデン式	S型支柱 その他（ ）
継手	種類		個数	完成用部品					個数
	股	固 定 式 遊 動 式	× （ ）	ロック式 { 輪止め式 ストッパー付き輪止め式 } レバーロック式 ダイヤルロック式 遊動式 交互歩行式					× （ ）
	膝(片側)	固 定 式 遊 動 式 プラスチック継手	× （ ）	遊動式（ 普通型 オフセット ） ロック式（ 輪止め式 ストッパー付輪止め式 ） スイスロック式 横引き式 トライラテラル ダイヤルロック 多軸膝（ 遊動式 固定式 ）					× （ ）
	足(片側)	固 定 式 遊 動 式 プラスチック継手	× （ ）	制御式（ 制限付 補助付＜ 一方向 二方向 ＞ ） 遊動式					× （ ）
	※骨盤帯付両長下肢装具で、左右別々の継手を使用する場合は、チェックと共に部品名の横に 左・右を記入すること。 個数については、左右が分かるように別々に記入すること。								
支持部	種 類			個数	図示※装具名称と略図及び説明を記載				
	体幹部 （体幹装具に準拠）	＜頸椎・胸椎・腰椎・仙腸＞モールド（支柱付き・支柱なし） フレーム 軟性 その他（ ）		× （ ）					
	大 腿	半月 皮革等 （ カフバンド 大腿コルセット ） モールド（ 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂 ）		× （ ） × （ ） × （ ）					
	下 腿	半月 皮革等 （ カフバンド 下腿コルセット ） モールド（ 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂 ）		× （ ） × （ ） × （ ）					
	足 部	あぶみ （ 歩行あぶみ ） 足部（皮革等： 大 小 ） （モールド：熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂） 標準靴		× （ ） × （ ） × （ ） × （ ）					
	加 算	坐骨支持式・PTB式・PTS式・KBM式・足板の補強		× （ ）					
	その他の 加算要素 （ ）は個数を記載 すること	膝サポーター〔軟性 < 支柱付き 支柱なし >〕× （ ） ツイスター〔軟性 鋼製ケーブル〕× （ ） キャリパー× （ ） デニスブラウン〔6歳未満〕× （ ） 膝当て× （ ） T・Yストラップ× （ ） スタビライザー× （ ） ターンバックル× （ ） ダイヤルロック〔ファンロック含〕× （ ） 伸展・屈曲補助装置× （ ） 補高足部× （ ） 足底裏革〔すべり止め用〕× （ ） 高さ調整× （ ） 内張り〔大腿部 下腿部 足部〕× （ ） 補高（敷き革式（ ） c m 靴の補高（ ） c m）							
※靴型装具付加の場合、下記を記載してください。									
患 足（右・左・両）				健 足（右・左）					
短靴	チャッカ靴	半長靴	長 靴	短 靴	チャッカ靴	半長靴	長 靴		
整形靴	整形靴	整形靴	整形靴						
特殊靴	特殊靴	特殊靴	特殊靴						
特記事項（指示） ※付属品等の加算があれば記載してください									
上記のとおり意見、処方する。				所 在 地					
平成 年 月 日				医療機関名					
				医 師 氏 名 印					
上記処方により医学的に適合したことを証明する。				所 在 地					
平成 年 月 日				医療機関名					
				医 師 氏 名 印					
平成 年 月 日									
材料・工作法等検査				職 ・ 氏 名 印					