

補装具費支給意見書・処方箋（靴型装具）

様式5

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 () cm短い								
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 ※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	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)									

【処方：靴型装具】

患 足（右・左・両）				健 足（右・左）			
短靴	チャッカ靴	半長靴	長 靴				
整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	短 靴	チャッカ靴	半長靴	長 靴
採型区分	採型	採寸		<input type="checkbox"/> 内外反足装具 B 靴型装具型に該当する（障害児に限る）			
加 算 : グッドイヤー式 マッケイ式 補高足部							
付 属 品 等 の 加 算 要 素	月型の延長	スチールバネ入り	※足底より近位へ延長する場合に限る			トウボックス補強	
	鉛板の挿入	足背バンド	マジックバンド（裏付き）×（ ）				
	補 高	敷き革式	c m	靴の補高	c m		
	健足補高	敷き革式	c m	靴の補高	c m		
	ヒールの補正	トルクヒール				キールヒール	逆トーマスヒール
		ウェッジヒール				サッチヒール	フレアヒール
		カットオフヒール				トーマスヒール	階段状ヒール
	足底の補正	内側ソール・ウェッジ				トーマスバー	ハウザーバー
		外側ソール・ウェッジ				メイター半月バー	ロッカーバー
		デンバーバー				メタターサルバー	蝶型踏み返し
図示 ※装具の略図を書き、必要に応じて説明をつける							
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____							
上記のとおり意見、処方する。 令和 年 月 日 _____ （自署又は記名押印）				所 在 地 _____ 医療機関名 _____ 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。 令和 年 月 日 _____ （自署又は記名押印）				所 在 地 _____ 医療機関名 _____ 医 師 氏 名 _____			
令和 年 月 日 製品検査				職 ・ 氏 名 _____			