

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	MT SHR	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 (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、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			体重	kg	
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 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)					
歩行能力						
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。

【処方：下肢装具】

基本構造	部 位	(右 ・ 左 ・ 両)				(採型 ・ 採寸)					
	採型区分	股 骨盤帯付 (片側)	長下肢	膝	短下肢 (顆部)	短下肢	足 (ギプス・印象材)	股外転 (膝屈曲型・膝伸展型)	骨盤帯付 (両側)		
		A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7a	A-7b	A-8	A-9
名 称	1.股装具		2.長下肢装具		3.膝装具		4.短下肢装具		5.足装具		
	A 硬性 B フレーム C 軟性 D ツイスター		A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付		A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 軟性		A 硬性 E 軟性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 後方支柱付		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	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・ダイヤルロック式) 遊動式 交互歩行式						()	
	膝継手	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 スイスロック式 トライラテラル ダイヤルロック 多軸膝 (遊動式・固定式) コンピュータ制御						()	
	足継手	固 定 式 遊 動 式 プラスチック継手	()	制御式 (制限付) 制御式 (補助 一方向・二方向) 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 (カフベルト 大腿コルセット)	()								
		3.硬 性 (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)	()								
	下 腿	1.半月	()								
		2.皮革等 (カフベルト 下腿コルセット)	()								
3.硬 性 (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)		()									
足 部	1.あぶみ	()									
	2.足部 (足部覆い 標準靴)	()									
	(硬性 : 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)	()									
	3.足底装具 (MP関節遠位 MP関節近位)	()									
加 算	1.大腿支持部坐骨支持式 2.下腿支持部 (PTB式 PTS式 KBM式) 3.足板の補強										
4.カーボン使用 (大腿支持部 下腿支持部 足部)											
その他の加算要素	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 キャリパー ツイスター (硬性 ・ 軟性) Denis-Browne (デニスブラウン)型 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 アウトリガー 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 ・ 足底装具) 足底装具屋内用ベルト 補高 : 敷き革式 () cm 靴の補高 () cm										
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 整形靴	2.チャッカ靴 特殊靴	3.半長靴	4.長靴	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。					所 在 地						
年 月 日					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。					所 在 地						
年 月 日					医療機関名						
(自署又は記名押印)					医 師 氏 名						
年 月 日					職 ・ 氏 名						
製品検査											