

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日 年 月 日			疾病・先天性・その他( )		
障 が い の 機 能 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節				
		膝関節				
		足関節 足部				
	歩行の 状態					
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】				
脚長差	1 なし 2 あり→ cm					
必要とする 補装具	<input type="checkbox"/> 短下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね F 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし G 軟性 <input type="checkbox"/> PTB免荷付き				
	<input type="checkbox"/> 長下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 <input type="checkbox"/> 骨盤付 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式				
	<input type="checkbox"/> 膝装具	A 両側支柱 B 硬性 C スウェーデン式 D 軟性				
	<input type="checkbox"/> 股装具	A 両側支柱 B 硬性 C 軟性				
	<input type="checkbox"/> 足底装具	A アーチサポート B メタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔				
	<input type="checkbox"/> 靴型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 <input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴				
	<input type="checkbox"/> 歩行器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型				
使用効果見込						

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等
処方部位		A 右 B 左 C 両側
採型・採寸		A 採型 B 採寸
継 手	股 継 手	A 固定 B 遊動
	膝 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手
	足 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。	
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴
その他の加算要素		A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E ストラップ(T・Y) G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品
完 成 用 部 品	股 継 手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式
	膝 継 手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式
	足 継 手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン
靴 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式
	補 高	高さ cm A 敷き革式 B 靴の補高
	ヒールの補正	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール
	足底の補正	A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C テンパー・バー D メイトー・半月バー E メタルサル・バー F ハウザー・バー G ロッカー・バー H 蝶型踏み返し
付属品等	A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項