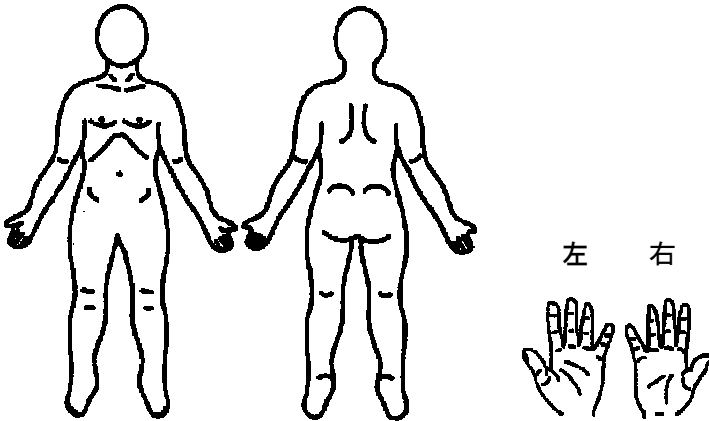


(様式第3号)

補装具意見書(肢体不自由用(車椅子・姿勢保持装置を除く))

ふりがな		年 月 日生 (歳)
氏名		
住所		
傷病名	※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)	
障害状況(全身所見、合併症、筋力、ADLなど)		
肢体不自由の状況及び所見 参考図示		
		
× 変形 ■ 切離片 ▨ 感覚麻痺 ▬ 運動障害		
補装具の種目及び名称	種目	効果の見込み
	名称	
工作内容・付属品 別紙のチェックシートより、該当項目をチェックしてください。		
以上のとおりです。		
年 月 日		
医療機関		
医師		

※身体障害者福祉法第15条指定医等により記載願います。

装具処方内容（下肢装具、靴型装具）

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳		
職業						
装具の名称（レディメイドの場合商品名）						
名称・区分 基本構造 基本価格						
1 下 肢 装 具	A-	<input type="checkbox"/> 採型	<input type="checkbox"/> 採寸			
	1.股関節装具	2.長下肢装具	3.膝装具	4.短下肢装具	5.足装具	
	A.硬性	A.硬性	A.硬性	A.硬性	A.足底装具	
	B.フレーム	B.両側支柱付	B.両側支柱付	B.両側支柱付	B.Denis-Browne（デニスブラウン）型	
	C.軟性	C.片側支柱付	C.片側支柱付	C.片側支柱付		
D.ツイスター		D.軟性	D.後方支柱付	<input type="checkbox"/> 補高足部		
			E.軟性	<input type="checkbox"/> チェック用装具（大腿部・下腿部・足部）		
2 靴 型 装 具	B-	<input type="checkbox"/> 採型	<input type="checkbox"/> 採寸			
	A.長靴					
	B.半長靴（編上靴）					
	C.チャッカ靴					
	D.短靴					

【制作要素】

1.下肢装具						
a.継手			c.その他の加算要素			
(1)股継手	(2)膝継手	(3)足継手	<input type="checkbox"/> 膝サポーター（支柱付き・支柱なし）			
<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> 固定式	<input type="checkbox"/> キャリバー <input type="checkbox"/> ツイスター（硬性・軟性）			
<input type="checkbox"/> 遊動式	<input type="checkbox"/> 遊動式	<input type="checkbox"/> 遊動式	<input type="checkbox"/> Denis-Browne（デニスブラウン）型			
	<input type="checkbox"/> プラスチック継手	<input type="checkbox"/> プラスチック継手	<input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> T・Yストラップ			
b.支持部			<input type="checkbox"/> スタビライザ <input type="checkbox"/> ターンバックル			
(1) 大腿支持部	(2)下腿支持部	(3)足部	<input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助装置			
A.半月	A.半月	A.あぶみ	<input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> 足底裏皮（すべり止め用）			
B.皮革等	B.皮革等	B.足部	<input type="checkbox"/> 高さ調節			
1.カフバンド	1.カフバンド	1.足部覆い	<input type="checkbox"/> 内張り			
2.大腿コルセット	2.下腿コルセット	2.標準靴	(大腿部・下腿部・足部・足底部)			
C.硬性	C.硬性	3.硬性（熱硬化性樹脂）	<input type="checkbox"/> 足底装具屋内用ベルト			
1.熱硬化性樹脂	2.熱硬化性樹脂	4.硬性（熱可塑性樹脂）				
2.熱可塑性樹脂	3.熱可塑性樹脂	C.足底装具	※オーダーメイドの処方理由			
<input type="checkbox"/> 大腿支持部坐骨指示式		1.MP関節遠位				
<input type="checkbox"/> 下腿支持部（PTB式・PTS式・KBM式）		2.MP関節近位				
<input type="checkbox"/> 足板の補強						
<input type="checkbox"/> カーボン使用（大腿支持部・下腿支持部・足部）						
2.靴型装具						
a.制作要素			b.付属品等の加算要素			
(a)患足（整形靴・特殊靴）	(b)健足	<input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールバネ入り <input type="checkbox"/> トウボックス補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入				
<input type="checkbox"/> 短靴	<input type="checkbox"/> チャッカ靴	<input type="checkbox"/> 短靴	<input type="checkbox"/> チャッカ靴	<input type="checkbox"/> 足背ベルト <input type="checkbox"/> ベルト（裏付き）の追加 <input type="checkbox"/> 補高（敷き革式・靴の補高）		
<input type="checkbox"/> 半長靴	<input type="checkbox"/> 長靴	<input type="checkbox"/> 半長靴	<input type="checkbox"/> 長靴	<input type="checkbox"/> ヒール補正（トルクヒール・ウェッジヒール等）		
				<input type="checkbox"/> 足底の補正（内側、外側ソールウェッジ・テンパー等）		

【完成用部品】

完 成 用 部 品	
-----------------------	--

年 月 日

医療機関名

医師