

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 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				
	装具種別	1 オーダーメイド 2 レディメイド → 製品名( )				
必 要 と す る 装 具	<input type="checkbox"/> 短下肢装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 後方支柱付 E 軟性				
	<input type="checkbox"/> 長下肢装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付				
	<input type="checkbox"/> 膝装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 軟性				
	<input type="checkbox"/> 股装具	A 硬性 B フレーム C 軟性 D ツイスター				
	<input type="checkbox"/> 足装具	A 足底装具 B Denis-Browne型				
	<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(腰掛付 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型				
<input type="checkbox"/> 借受け	期間: か月 所見〔 〕					
使用効果見込						

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。 ※ 完成用部品に指定されているプラスチック製の継手は、遊動式継手として取り扱うこと。						
支 持 部	仙	腸	支	持	部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯のあるもの 2 芯のないもの □ サンドイッチ構造	
	大	腿	支	持	部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 大腿コルセット C 硬性 → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式 □ カーボン	
	下	腿	支	持	部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 下腿コルセット C 硬性 → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB(PTS、KBM)支持式 □ カーボン	
	足	部		A あぶみ B 足部 → 1 足部覆い 2 標準靴 3 硬性(熱硬化性樹脂) B → 4 硬性(熱可塑性樹脂) □ 足板の補強 □ カーボン C 足底装具 → 1 MP関節遠位 2 MP関節近位			
その他の加算要素						A 膝サポーター(支柱付き・支柱なし) B キャリパー C ツイスター D Denis-Browne型 E 膝当て F Tストラップ G Yストラップ H スタビライザー I ターンバックル J ダイアルロック K アウトリガー L 伸展・屈曲補助装置 M 補高足部 N 足底裏革(すべり止め用) O 高さ調整 P 内張り(大腿部・下腿部・足部・足底装具) Q 足底装具屋内用ベルト R 市販靴の加工※市販靴の購入は自費	
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 ダイアルロック式 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 C スイスロック式 D トライラテラル E ダイアルロック F 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式 G コンピュータ制御			
	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 B → 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 装具用制御装置 D デニスブラウン E 足板
	<input type="checkbox"/>	借受け	部品名	理由	期間	か月	
靴 型 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 ヒールウェッジ 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 デンバーパー D トーマスパー E メイヨー半月パー F メタターサルパー G ハウザーパー H ロッカーパー I 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 トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背ベルト F ベルト(裏付き)の追加		
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名							

【記入上の留意事項】

(R6.6)

- 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。
- 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。
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者者立ち合いのもとで行うこと。
- 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
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(装具)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。