

補装具費支給意見書（装具）

氏名		生年月日	年 月 日生(歳)	
住所				
障害名				
医学的所見	障害の部位及びその状況			
	歩行	(装具:有・無)	屋外歩行可	屋内歩行可 介助 不可能
	立位保持	自立 要手すり	介助	不可能
	移乗	自立 要手すり	部分介助	全介助
	身体状況	身長 ()cm	体重 ()kg	
	現在使用中の補装具名	長下肢装具・短下肢装具・車椅子・歩行器・つえ・その他()		
処方内容	処方する補装具名			
	上肢	肩 (金属枠・硬性) 肘(両側支柱・硬性・軟性) 手背屈 (パネル・トーマス・オープンハイマー・硬性) 長対立・短対立・把持・MP・指 B.F.O		
	下肢	股 (金属枠・硬性・軟性) 先天性股脱装具() 長下肢 (両側支柱・片側支柱・硬性) 膝 (両側支柱・硬性・スウェーデン・軟性) 短下肢 (両側支柱・片側支柱・S型支柱・鋼線支柱・板ばね 硬性(支柱付き・支柱なし)・軟性) ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) 足底 (アーチサポート・メタターサルバー・補高・内側及び外側楔) 靴 (長靴・半長靴・チャッカ靴・短靴)		
	体幹	頸椎 (金属枠・硬性・カラー) 胸椎 (金属枠・硬性・軟性) 腰椎 (金属枠・硬性・軟性) 仙腸 (金属枠・硬性・軟性・骨盤帯) 側彎症 (ミルウォーキー型・金属枠・硬性・軟性)		
	製作にあたっての特記事項			
使用効果	装着により改善されること 機能の補完・代償 関節の保護免荷 その他 []			
上記のとおり意見します。 年 月 日				
医療機関名 診療科 医師名				印

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。