

下肢装具・靴型装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）

（令和7年7月改訂）

市町村名		氏名		生年月日		年 月 日（ 歳）										
装着部位		（ 右 ・ 左 ・ 両 ）														
基本型式	名称	股		長下肢		膝	短下肢		足		股関節外転		両長下肢		靴型	
	採区分	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7		A-8	A-9	A-10	B-1	B-2		
								a	b							
	採型															
	採寸															
	構造	硬性		両側支柱		片側支柱		後方支柱		軟性		その他（ ）				
カーボン製チェック用装具加算				大腿部		下腿部		足部								
製	手	股	固定式 ×（ ）		遊動式 ×（ ）											
		膝 (片側)	固定式 ×（ ）		遊動式 ×（ ）		プラスチック継手 ×（ ）									
		足 (片側)	固定式 ×（ ）		遊動式 ×（ ）		プラスチック継手 ×（ ）									
要素	支	仙腸	硬性		1. 支柱付き 2. 支柱なし ×（ ）		その他（ ） ×（ ）									
		大腿	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 ×（ ）		カーボン ×（ ）								
		下腿	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 ×（ ）		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） 4. 硬性（熱可塑性樹脂） ×（ ）		C 足底装具 1. MP関節遠位 2. MP関節近位 ×（ ）		カーボン ×（ ）								
靴型	短靴		チャッカ靴		半長靴		長靴		健足							
	整形特殊 (右・左)		整形特殊 (右・左)		整形特殊 (右・左)		整形特殊 (右・左)		短靴							
									チャッカ靴							
									半長靴							
								長靴								

完 成 用 部 品		図 示 (姿 図)	
股継手		※図示(姿図)、タイプ名を必ず記載すること。 タイプ名 ()	
膝継手		※レディメイド(既製品)の場合 メーカー名 ()	
足継手		商品名 ()	
足板			
その他			
そ の 他 の 加 算 要 素		そ の 他 の 交 換 ・ 修 理	
膝サポーター (支柱付き・支柱なし) キャリパー ツイスター (軟性・硬性) 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		下肢装具	足底裏革(足底ゴム)
		靴型装具	本底交換 底張かけ交換 半張交換 細革交換 踵交換 ファスナー交換 × () 積上交換 その他 × ()
付 属 品 等 の 加 算 要 素			
月型の延長 スチールバネ入り トウボックス補強	〈補高〉 敷き革式 _____ cm	〈ヒールの補正〉 トルクヒール ヒールウェッジ サッチヒール その他 ()	〈足底の補正〉 内側ソール・ウェッジ 外側ソール・ウェッジ テンパーバー トーマスバー その他 ()
足背ベルト ベルト(裏付き)の追加 鉛板の挿入	靴の補高 _____ cm		
特記事項	使用者の希望事項などを記載すること。 (借受けの希望 有 ・ 無)		
所在地 医療機関名 診療科名	年 月 日 医師名 (記名押印又は署名)	製作予定事業者名	
		種目名称別コード	

※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。
 ※ 完成用部品については、使用部品を記載のこと。
 ※ × () には、個数を記載のこと。

装具意見書

(令和7年7月改訂)

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
現住所			
障害名			障害等級 級
<p style="text-align: center;">現 症</p> <p>*おもに障がいの原因となる原疾患の病名と病歴、現在の身体状況等及び能力低下をきたす原因となる機能障がい等についても具体的に記入すること。</p>			
補装具の名称	(注：タイプ名を記載すること。)	【レディメイド（既製品）の場合】	
		メーカー名 ()	
		商品名 ()	
<p>現在の補装具の状況について</p> <p>1. 所持している 支給体系 総合支援法（身障法）・医療保険・労災補償法 その他 ()</p> <p style="padding-left: 100px;">支給年月日 破損状況 装着状況</p> <p>2. 所持していない</p>			
現在の生活地	在宅 施設入所中 入院中 その他 () ※ 施設名・病院名(診療科名)を記入 ()		
<p>装着についての意見 (注：借受けが必要な場合は、借受け期間及び効果が明確となるよう記載すること。)</p> <p>(使用効果見込等)</p>			
年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名			
医師名 (記名押印又は署名)			

下肢・靴型・体幹・上肢装具判定依頼調査書

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
1. 治療用装具 (医療で製作) について			
①治療用装具は所持しているか: (有 [年 月製作] ・ 無)			
②①で有の場合: どの病院で、何という装具 (タイプ名も記載) を製作したのか? (例) リーストラップ、シューホン型 等)			
[]			
③①で無の場合: 申請の装具を更生用装具 (補装具制度) で製作する理由は何か: (治療用装具を製作しなかった場合はその理由)			
[]			
2. 現在の状況について			
①移動手段について (屋内と屋外に分けて記載):			
例) 屋内は、装具を装着し、T字杖を使用して何とか歩行。			
屋外は、装具を装着し、H28年に補装具費で支給された車椅子を使用して移動。			
[]			
②生活状況について (就労・社会参加・通院・買い物等の有無や頻度):			
[]			
3. 申請の装具について			
①現在使用中の装具と同タイプか?タイプ変更があるか?			
タイプ変更の場合は、名称の記載 (例:右) 短下肢装具 (両側支柱: 足部モールド) へ変更希望)			
[]			
②申請の装具の検討過程 (タイプ変更がある場合は、変更理由、実際に試したのかも含めた比較検討結果)			
[]			
4. 今回の申請理由について:			
※破損等が理由の場合は、いつ、どのようにして、どの部分が破損したのか (写真添付: 任意)			
[]			
5. 借受けの希望があれば内容を詳細に聞き取ってください。			
[]			
6. 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承			
(済 ・ 未)			
来所希望日 ()		補装具事業者名 ()	
調査日	年 月 日	市町村調査者氏名:	