

下肢装具・靴型装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）

（令和6年4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 型	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	A-8	A-9	A-10	B-1	B-2	
	採 区							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				
製作要素	継手	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 ×（ ） ×（ ） ×（ ）											
	支	仙腸	硬性 1. 支柱付き 2. 支柱なし ×（ ） ×（ ） その他（ ）											
		大腿	A 半月 1. カフベルト C 硬性 1. 熱硬化性樹脂 ×（ ） 2. 大腿コルセット ×（ ） 2. 熱可塑性樹脂 ×（ ）											
		下腿	A 半月 1. カフベルト C 硬性 1. 熱硬化性樹脂 ×（ ） 2. 下腿コルセット ×（ ） 2. 熱可塑性樹脂 ×（ ）											
		足部	A あぶみ B 足部 C 足底装具 ×（ ） 1. 足部覆い 1. MP関節遠位 2. 標準靴 2. MP関節近位 3. 硬性（熱硬化性樹脂） 4. 硬性（熱可塑性樹脂） ×（ ）											
	靴 型	短 靴	チャッカ靴	半長靴	長 靴	健 足	短 靴							
		整形特殊 （右・左）	整形特殊 （右・左）	整形特殊 （右・左）	整形特殊 （右・左）		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 ダイアルロック 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 靴型装具	足底裏革 (足底ゴム) 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 足背ベルト ベルト (裏付き) の追加 鉛板の挿入	(補 高) 敷き革式 _____ cm 靴の補高 _____ 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 ()
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)		
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)		製作予定業者名 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6年4月改訂)

氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)	
現 住 所					
障 害 名				障害等級 級	
現 症 *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。					
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 ()		
現在の補装具の状況について 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 () 支給年月日 破 損 状 況 装 着 状 況 2 所持していない					
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 ()				
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。) (使用効果見込等)					
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：どこの病院で、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：
-----	-------	-----------