

## 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 (金属棒・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 (金属棒・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 (金属棒・硬性・カラー) 胸 椎 (金属棒・硬性・軟性) 腰 椎 (金属棒・硬性・軟性) 仙 腸 (金属棒・硬性・軟性・骨盤帯) 側彎症 (ミルウォーキー型・金属棒・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						

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。