

補装具費支給（修理）意見書

（義肢、装具、歩行器ほか）

氏名			生年月日	年 月 日 ()歳	
住所					
手帳の障害名	等級: (種 級)				
障害の部位及びその状況 「病歴、全身所見、合併症、ADL等」	※病歴、全身所見、合併症、ADL。特に、補装具に関わる障害の部位や障害による動作の制限、補装具使用による動作の改善等の補装具の必要性が判断できる具体的内容を記載してください。 ※義手・義足の場合は断端面の状態も記載してください。 ※修理・更新の場合は、破損、不適合の状況も記載してください。 身長 ()cm 体重 ()kg				
申請する補装具の名称及び（使用中補装具名）	※左右を明記してください。 （現在使用中の補装具名「 _____ 」） ※治療用装具の場合は、名称の前に（治）と記載してください。				
義肢	殻構造	義手	右 左	上腕・肩・肘・前腕 手・手部・手指	装飾用 作業用 能動式
		義足	右 左	※特殊な処方 (_____)	
	骨格構造	義手	右 左	※処方	
		義足	右 左	股（常用・作業用） 大腿（常用・吸着式常用・作業用） 膝（常用・作業用） 下腿 常用—普通・PTB式・PTS式・KBM式 作業用 果（サイム） 足根中足（鋼板入り・足袋型） 足指	※処方

※該当箇所を○で囲ってください。

※該当箇所を○で囲んでください。

装 具	上肢	肩(金属杵・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(金属杵・硬性・軟性)、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・軟性)、 ツイスター(軟性・鋼線ケーブル) 足底(アーチサポート・メタタルザルサポート・補高・内側及び外側楔) 靴型(長靴・半長靴・チャッカ靴・短靴)
	体幹	頸椎(金属・硬性・カラー)、胸椎(金属杵・硬性・軟性)、 腰椎(金属杵・硬性・軟性)、仙腸(金属杵・硬性・軟性・骨盤帯)、 側弯矯正
歩行器	六輪型、四輪型(腰掛つき、なし)、三輪型、二輪型、固定型、交互型	
その他		
付属品及び 特筆すべき 処方		
補装具の処方効果 ・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩行 ・介助が不要となる ・食事 ・装飾的効果		
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 診療科 医師名		
印		

【記入上の留意事項】

- 各欄の該当箇所に○を付すこと。
- 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。