

補装具費支給意見書・処方箋（下肢装具）

第3-1号様式

氏名			生年月日	T S H R	年 月 日	歳
住所						
職業			原因 傷病名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日) ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 ( <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない )		
障害名	( 種 級 )					
1. 申請する補装具の名称						
2. 障害・疾患等の状況（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。）						
運動障害	・なし      ・弛緩性麻痺      ・痙性麻痺      ・固縮      ・不随意運動 ・振戦      ・運動失調      ・その他 ( )					
感覚障害	・なし      ・感覚脱失      ・感覚鈍麻      ・感覚過敏      ・その他 ( )					
上肢機能	右	障害 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )	(所見：関節の可動性、筋力、変形、足部の状態など)			
	左	障害 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )				
体幹機能		障害 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )				
下肢機能	右	障害 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )				
	左	障害 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )				
脚長差	・なし      ・あり ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) が ( ) cm 短い			体重	kg	
立位能力	・立位保持可能      ・つかまり立ち可能      ・介助立位可能      ・立位保持困難					
歩行能力 ※	・実用歩行が可能      ・平地又は短距離のみ可能      ・伝い歩きが可能      ・歩行不能 使用する補装具 ( ・なし      ・あり      補装具名 )					
	(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載してください)					
その他の所見	(傷病名・合併症などを記載してください)					
3. 申請する装具の目的、効果見込み						
1日の装用時間	・常時（就寝時含む）      ・日中のみ      ・夜間のみ      ・作業時のみ      ・その他 ( )					
主たる使用目的	・歩行      ・介助歩行      ・移乗      ・立位      ・その他 ( )					
主たる使用場所	・自宅 ( <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 )      ・学校      ・職場      ・病院      ・施設      ・その他 ( )					
効果見込み						
4. 現在、使用・所持している下肢装具 ( ・なし      ・あり )						
使用状況						
再作製・修理が必要な理由 (破損・不適合状況等)						

※使用する補装具がなしの場合は裸足、ありの場合は補装具を使用した状態での歩行能力を記載してください。

