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 （　□する・□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（□　なし　□　あり）	（所見：関節の可動性、筋力、変形、足部の状態など）
	左	障害（□　なし　□　あり）	
体幹機能		障害（□　なし　□　あり）	
下肢機能	右	障害（□　なし　□　あり）	
	左	障害（□　なし　□　あり）	
脚長差		・なし　・あり（　□　右　□　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（□屋内　□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	
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。

【　処方内容：下肢装具　】（裏）

基本価格	部位 **右・左・両**	股 A-1	長下肢 A-2（骨盤帯） A-3	膝 A-4	短下肢 A-5（大腿骨顆部）	短下肢 A-6	足 A-7a A-7b（印象材）	股関節外転 A-8 A-9	両長下肢 （骨盤帯） A-10
	採型区分	・採型　・採寸							
	構造	・硬性 ・フレーム ・軟性 ・ツイスター	・硬性 ・両側支柱付 ・片側支柱付	・硬性 ・両側支柱付 ・片側支柱付 ・軟性	・硬性　□　支柱あり □　支柱なし ・両側支柱付 ・片側支柱付 ・後方支柱付 ・軟性		・足底装具 ・ﾃﾞﾆｽﾌﾞﾗｳﾝ型	※児に限る	
	加算要素	・補高足部　・チェック用装具　□　大腿部　□　下腿部　□　足部							

継手	種類		完成用部品	部品名
	股	固　定　式 遊　動　式	・ロック式（□輪止め式　□ストッパー付き輪止め式　□ダイヤルロック式） ・遊動式　・交互歩行式	
	膝(片側)	固　定　式 遊　動　式 プラスチック継手	・遊動式（□普通　□オフセット）　・ロック式　・スイスロック式 ・トライラテラル　・ダイヤルロック ・多軸膝（□遊動式　□固定式）　・コンピュター制御	
	足(片側)	固　定　式 遊　動　式 プラスチック継手	・制御式（ □　制限付　□　補助付一方向　□補助付二方向　） ・遊動式	

※骨盤帯付両長下肢装具で、左右別々の継手を使用する場合は、チェックと共に部品名の横に **左・右**を記入すること。
個数については、左右が分かるように別々に記入すること。

支持部	種　類	図示　※装具名称と略図及び説明を記載
	大　腿	・半月 ・皮革等　（ □　カフベルト　□　大腿コルセット　） ・硬性　（ □　熱硬化性樹脂　□　熱可塑性樹脂　）
	下　腿	・半月 ・皮革等　（ □　カフベルト　□　下腿コルセット　） ・硬性　（ □　熱硬化性樹脂　□　熱可塑性樹脂　）
	足　部	・あぶみ ・足部　（ □　足部覆い　□　標準靴 □　硬性（熱硬化性樹脂）　□　硬性（熱可塑性樹脂）） ・足底装具（ □　MP関節遠位　□　MP関節近位　）
	加算要素	・坐骨支持式　・PTB式　・PTS式　・KBM式 ・足板の補強　・カーボン使用（ □大腿　□下腿　□足部）

その他の加算要素			
・膝サポーター（ □　支柱付き　□　支柱なし）ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞ処方理由：＿＿＿＿＿＿＿＿			
・キャリパー	・ツイスター（ □硬性　□　軟性）	・デニスブラウン	
・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）	
・内張り（ □　大腿部　□　下腿部　□　足部　□　足底装具）		・高さ調整	
・補高：　敷き革式（　　）ｃｍ	靴の補高（　　）ｃｍ	・足底装具屋内ベルト	

※靴型装具一体化の場合、下記を記載してください。

患　足（右・左・両）				**健　足**（右・左）			
短靴	チャッカ靴	半長靴	長　靴	短　靴	チャッカ靴	半長靴	長　靴
整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴				

特記事項（指示）　※完成用部品・その他付属品等の加算があれば記載してください

借受の意向（　・なし　・　あり　）

上記のとおり意見、処方する。

年　月　日

所　在　地
医療機関名
医 師 氏 名

（令和８年11月１日から適用）