補装具費支給意見書・処方箋（靴型装具）

第３－２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	（			

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	
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	・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　・職場等　・病院　・施設等　・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：靴型装具　】（裏）

第３－２号様式

患　足　（右・左・両）				健　足　（右・左）			
短靴 Ｂ－２	チャッカ靴 Ｂ－１	半長靴 Ｂ－１	長　靴 Ｂ－１	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				
採型区分	・採型　・採寸			加　算	・グッドイヤー式　・マッケイ式　・補高足部		

付属品等の加算要素

・月型の延長　・スチールバネ入り　※足底より近位へ延長する場合に限る　・トウボックス補強

・鉛板の挿入　・足背ベルト　・ベルト（裏付き）　×（　　）

・補　　高　・敷き革式　＿＿＿＿ｃｍ　・靴の補高　＿＿＿＿ｃｍ

・健足補高　・敷き革式　＿＿＿＿ｃｍ　・靴の補高　＿＿＿＿ｃｍ

・ヒールの補正
□ トルクヒール　□ キールヒール　□ 逆トーマスヒール
□ ヒールウェッジ　□ サッチヒール　□ フレアヒール
□ カットオフヒール　□ トーマスヒール　□ 階段状ヒール

・足底の補正
□ 内側ソール･ウェッジ　□ トーマスバー　□ ハウザーバー
□ 外側ソール･ウェッジ　□ メイヨー半月バー　□ ロッカーバー
□ デンバーバー　□ メタターサルバー　□ 蝶型踏み返し

図示　※装具の略図を書き、必要に応じて説明をつける

特記事項（指示）　※その他付属品、完成用部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）