

装具 補装具費支給意見書

該当項目に必要事項又は○印を記入してください

氏名				男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)		
障害名 (原傷病名) 疾病名		(身障手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載してください。)						
装具 装着目的 効果見込み					医学的所見 (装具処方上の留意事項)			
処方 (※詳細な処方内容は、 処方票に記載してください)	右・左・両	オーダーメイド ・ レディメイド				装具の略図		
		下肢装具	股装具	硬性・フレーム・軟性・ツイスター		(必要に応じて説明を加えてください)		
			長下肢装具	硬性・支柱付 (両側・片側)				
			膝装具	硬性・支柱付 (両側・片側) ・軟性				
			短下肢装具	硬性・支柱付 (両側・片側・後方) 軟性				
			足装具	足底装具 (※内外側楔・補高を含む) Denis-Browne (デニスブラウン) 型 (※6歳未満)				
		靴型装具	長靴 半長靴 チャッカ靴 短靴	整形靴・特殊靴		指示事項・特記事項		
			体幹装具	頸椎装具	硬性・フレーム・カラー 斜頸矯正用枕 (※児童のみ)			
				胸腰仙椎装具	硬性・フレーム・軟性			
				腰仙椎装具	硬性・フレーム・軟性			
	仙腸装具			硬性・フレーム・軟性・骨盤帯				
	側弯症装具	硬性・フレーム・軟性						
	採型・採寸	上肢装具	肩装具	硬性・フレーム・軟性		レディメイドの詳細		
			肘装具※1	硬性・両側支柱付・軟性				
			手関節装具※2	硬性・軟性 支柱付 (両側・片側・掌側・背側)		メーカー名		
				手装具※3	硬性・フレーム・軟性		メーカー型番	
			指装具		硬性・フレーム・軟性			
			BFO			装具名称		
(仮受けの希望 有 ・ 無)								

上記のとおり意見する。 年 月 日	
医療機関名	
診療科目名	
医師氏名	
意見書作成医の資格 ☐ 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 ☐ その他 ()	

適合確認 (年 月 日)	
確認者	
職氏名	

※1 必要に応じて手部の追加可。その場合は必要性を含め特記事項に記載すること
※2 前腕部から手部に及ぶ装具であって、長対立装具及び把持装具を含む
※3 手部に装着する装具であって、短対立装具及びCM関節装具を含む