

補装具支給（修理）意見書

（義肢、装具、歩行器、つえ、他）

身体障害者の 住所・氏名 生年月日		明・大 昭・平 年 月 日生（ ）才	
障害名			
※1 障害の部位 及び その状況		体重 K g	
申請する補装 具の名称（左 右がある場合 は明記してく ださい）		（現在使用中の補装具名「 」）	
補装具	義手	型式	殻構造 骨格構造 （いずれかに○をつけてください。）
		右	上腕・肩 ・肘 ・前腕 手 ・手部・手指
	左	※特殊な処方（ ）	
	義足	右	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 左 果（サイム） 足根中足（ 鋼板入り・足袋型 ） 足指
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		

※ 裏面の「補装具使用により可能となること。」を必ず記入すること。

補 装 具	歩 行 器	四輪型(腰掛つき、なし)、三輪型、二輪型、固定型、交互型		
	つ へ	カナディアンクラッチ ロフストランドクラッチ 多点杖		
	そ の 他			
付 属 品 及 び 特 筆 す べ き 処 方				
<p>補装具使用により可能となること。※2</p> <table border="0"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> その他 具体的動作 </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	その他 具体的動作
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	その他 具体的動作			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関名 診療科 医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者手帳の障害名ではなく、具体的な障害の部位や障害の状況（特に補装具と関連する部分）について記入のこと。
- 2 すべての補装具種目について、記入のこと。
- 3 各欄の該当箇所に○を付すこと。
- 4 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。