様式例Ａ－２

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			医学的所見（装具処方上の留意事項）	

処方					
※詳細な処方内容については、処方箋に記載してください。	右・左・両	下肢装具	股装具	金属枠・硬性・軟性	装具の略図（必要に応じて説明を加えてください）
			長下肢装具	支柱(両側・片側)・硬性	
			膝装具	両側支柱・硬性・軟性・ｽｳｪｰﾃﾞﾝ式	
			短下肢装具	支柱(両側・片側・Ｓ型・鋼線)・硬性(支柱付き・支柱なし)・軟性・板ばね	
			足底装具	ｱｰﾁｻﾎﾟｰﾄ・ﾒﾀﾀｰｻﾙｻﾎﾟｰﾄ 補高(　cm) 内側楔・外側楔	
		体幹装具	頸椎装具	金属枠・硬性・カラー	
			胸椎装具	金属枠・硬性・軟性	
			腰椎装具	金属枠・硬性・軟性	
			仙腸装具	金属枠・硬性・軟性・骨盤帯	
	採型・採寸		側彎症装具	頭部に及ぶ・及ばない(金属枠・硬性・軟性)	
		上肢装具	肩装具	金属枠・硬性	
			肘装具	両側支柱・硬性・軟性	指示事項・特記事項
			手関節背屈保持装具	硬性・ﾊﾞﾈﾙ型・ﾄｰﾏｽ型・ｵｯﾍﾟﾝﾊｲﾏｰ型	
			長対立装具		
			短対立装具		
			把持装具	手関節駆動式・ﾊｰﾈｽ駆動式	
			MP 屈曲補助装具	バネル型・軟性	
			MP 伸展補助装具	プラスチック型	
			指装具	(　)指	
			ＢＦＯ		
		靴型装具	長靴・半長靴 チャッカ靴 ・短靴	整形靴・特殊靴	(借受けの希望　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