処方箋（装具：レディメイド）

【処方箋様式６】

令和６年４月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | |  | **住所** | （　市・区・町・村　） |
| 必要と認める補装具の処方内容 | **補装具の種目，名称　　　　　　　　　　　　　　　　（****右****左　）**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ●基本価格 | | 共通 |  | | | | ●製品名 | |  | |  | | |  | |  |  | | --- | --- | | 製品名 |  | | | | |  | | 必要な理由： | | | | | | | | | |
| 使用効果見込み | | | |
| 処方箋作成日　　令和　　年　　月　　日　　　医師氏名 | | | | |

※「記入上の注意」（裏面）を参照してください。

宮城県リハビリテーション支援センター　ウェルポートせんだい

**【記入上の注意】**

　１．各項目について，該当する箇所の□にチェックしてください。

　　　また，処方するレディメイドの製品名を記載してください。

　２．記載内容について，お問い合わせをする場合があります。