処方箋（体幹装具）

令和６年４月

【処方箋様式9】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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  ※複数必要な項目には『×』の次に数量を記載してください   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ●基本価格 | | C－ | | 採型　　採寸 | | | | |  | | 硬性，フレーム　　軟性　　軟性，骨盤帯 | | | | |  | | ●支持部 | | 頸椎： | 硬性（支柱付き　支柱なし）　　フレーム  カラー（あご受けあり　あご受けなし） | | | | | |  | | 胸腰仙椎： | 硬性（支柱付き　支柱なし）　　フレーム　　軟性 | | | | | |  | | 腰仙椎： | 硬性（支柱付き　支柱なし）　　フレーム　　軟性 | | | | | |  | | 仙腸： | 硬性（支柱付き　支柱なし）　　フレーム　　軟性  骨盤帯（芯のあるもの　芯のないもの） | | | | | |  | | 骨盤： | 皮革（補強材を含む）　　硬性　ペルビックガートル | | | | | |  | | 加算： | サンドイッチ構造（頸椎　胸腰仙椎　腰仙椎　仙腸　骨盤） | | | | | | ●その他の加算要素 | | |  | | | | | |  | 体幹装具付属品（高さ調整（１か所）×　　　　ターンバックル　腰部継手（片側）×  バタフライ　肩ベルト　会陰ひも　腹部エプロン　斜頚枕）  側弯症装具付属品（ミルウォーキー型付属品一式　胸椎パッド　腰椎パッド  ショルダーリング　腋窩パッド　ネックリング  胸郭バンド（プラスチック製）　アウトリガー　前方支柱　後方支柱  側方支柱）  □内張り（頚椎支持部　胸腰仙椎支持部　腰仙椎支持部　仙腸支持部） | | | | | | | | 必要な理由： | | | | | | | | | ●完成用部品 | | |  | |  |  | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ミルウォーキーネックリング |  | 前方支柱 |  | | 後方支柱 |  | 支柱 |  | | アウトリガー |  | 蝶番 |  | | その他 |  | | | | | | | | | | | | 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。

※意見書作成医師は，仮合わせ・適合判定も行う必要があります。

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，その他については具体的に記載してください。

　２．基本価格の採型区分は以下のとおりです。該当する区分を記載してください。

　　　また，採型，採寸の区別をチェックしてください。



３．その他の加算要素，付属品等の加算要素が必要な場合は該当する項目にチェックをし，必要な理由を各々記載してください。

　４．完成用部品は各項目について，型式もしくは品番を記載してください。

　５．記載内容について，お問い合わせをする場合があります。