処方箋（短下肢装具）

【処方箋様式5】

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　　　　　　短下肢装具　　　　　　　（**[ ] **右**[ ] **左　）**※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 | Ａ－６ | [ ] 採型　　[ ] 採寸 |
| ●継手 | [ ] シューホーン | [ ] タマラック | [ ] ﾌﾟﾗｽﾁｯｸﾋﾝｼﾞ | [ ] 金属 | [ ] その他 |
|  | プラスチック継手×１ | 遊動式×2 | プラスチック継手×2 | 固定式×2又は遊動式×2 |  |
| ●支持部 | 下腿： | [ ] 半月（１か所）×　　　　　[ ] 皮革等（[ ] カフベルト（１か所）×　　　　[ ] 下腿コルセット）[ ] 熱硬化性樹脂　　[ ] 熱可塑性樹脂　　[ ] カーボン使用 |
|  | 足部： | [ ] あぶみ　　[ ] 足部覆い　　[ ] 標準靴（商品名：　　　　　　　　）[ ] 硬性（熱硬化性樹脂）　　[ ] 硬性（熱可塑性樹脂）　　[ ] カーボン使用 |
|  | 加算： | [ ] ＰＴＢ式　　[ ] ＰＴＳ式　　[ ] ＫＢＭ式　　[ ] 足板の補強 |
| ●その他の加算要素 |  |
|  | [ ] Ｔ・Ｙストラップ　　　[ ] 伸展・屈曲補助装置　　[ ] 足底裏革（すべり止め用） |
|  | [ ] 高さ調整（１か所）×　　　　　　[ ] 内張り（[ ] 下腿部　[ ] 足部） |
|  | [ ] その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ●付属品等の加算要素 |
|  | [ ] ベルト（裏付き）の追加×　　　　　[ ] 補高（[ ] 敷き革式：　　　cm　[ ] 靴の補高：　　　cm） |
|  | [ ] ヒールの補正（[ ] ヒールウェッジ　[ ] フレアヒール　[ ] その他：　　　　　　　　） |
|  | [ ] 足底の補正（[ ] 内側ソール・ウェッジ　[ ] 外側ソール・ウェッジ　[ ] その他：　　　　　　　　） |
|  | [ ] その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ●完成用部品 |  |  |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 足継手 |  | あぶみ |  |
| その他 |  |

 |
| 　必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　※ゲイトソリューション足継手を使用する場合には，他の部品では不具合がある理由や必要な理由を詳しく記載 |

 |
| 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．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。

　　　ベルト（裏付き）の追加は３本を超える場合，追加する本数を記載してください。

　３．完成用部品のうち，足継手，あぶみについては型式（制御式制限付，制御式補助付，遊動式等）もしくは品番を記載してください。

　　　ゲイトソリューション足継手を使用する場合は，他の部品では不具合がある理由や必要な理由を具体的に記載してください。

　４．記載内容について，お問い合わせをする場合があります。