処方箋（靴型装具）

【処方箋様式8】

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　　　　　　靴型装具　　　　（　患足：****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 | | Ｂ－ | | 採型　　採寸 | | ●患足 | |  |  | | |  | 短靴（整形靴　特殊靴）　　チャッカ靴（整形靴　特殊靴）  半長靴（整形靴　特殊靴）　　長靴（整形靴　特殊靴） | | | | |  | 加算： | グッドイヤー式　　マッケイ式 | | | | 必要な理由： | | | | | | ●健足 | | Ｂ－ | | □採寸 | |  | 短靴　　チャッカ靴　　半長靴　　長靴 | | | | |  | 加算： | グッドイヤー式　　マッケイ式 | | | | 必要な理由： | | | | | | ●付属品等の加算要素 | | | | | |  | 月型の延長×　　　　　スチールバネ入り　　トウボックス補強　　鉛板の挿入  足背ベルト　　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（トルクヒール　ヒールウェッジ　カットオフヒール　キールヒール  サッチヒール　トーマスヒール　逆トーマスヒール　フレアヒール  階段状ヒール）  足底の補正（内側ソール・ウェッジ　外側ソール・ウェッジ　デンバーバー  トーマスバー　 メイヨー半月バー　メタターサルバー　 ハウザーバー  ロッカーバー　 蝶型踏み返し） | | | | | 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下記のとおりです。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。

　　　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。

　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。