処方箋（短下肢装具以外の下肢装具）

【処方箋様式7】

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　）**  ※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－ | | | | 採型　　採寸 | | | | ●継手 | | 股： | | | 固定式　　遊動式 | | | | |  | | 膝（片側）： | | | 固定式×　　　　　遊動式×　　　　　プラスチック継手× | | | | |  | | 足（片側）： | | | 固定式×　　　　　遊動式×　　　　　プラスチック継手× | | | | | ●支持部 | | 大腿： | 半月（１か所）×  皮革等（カフベルト（１か所）×　　　　大腿コルセット）  熱硬化性樹脂　　熱可塑性樹脂　　カーボン使用 | | | | | | |  | | 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）  足底装具（ＭＰ関節遠位　ＭＰ関節近位）　　カーボン使用 | | | | | | |  | | 加算： | 坐骨支持式　　ＰＴＢ式　　ＰＴＳ式　　ＫＢＭ式　　足板の補強 | | | | | | | ●その他の加算要素 | | |  | | | | | | |  | 膝サポーター（支柱付き　支柱なし）　　キャリパー　　 ツイスター（硬性　軟性）  Denis-Browne型　　膝当て　　Ｔ・Ｙストラップ　　スタビライザー  ターンバックル　　アウトリガー（１か所）×　　　　　伸展・屈曲補助装置　　補高足部  足底裏革（すべり止め用）　　高さ調整（１か所）×  内張り（大腿部　下腿部　足部　足底装具）　　足底装具屋内用ベルト | | | | | | | | | 必要な理由： | | | | | | | | | | ●発育性股関節形成不全用装具の加算要素 | | | | | | | | | |  | リーメンビューゲル　　フォンローゼン型　　バチェラー型  ローレンツ型（支柱なし　支柱付き（固定式）　支柱付き（調整式））　　ランゲ型 | | | | | | | | | 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 | | | |  | | |  |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 股継手 |  | 膝継手 |  | | 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．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．完成用部品のうち，継手（股継手，膝継手，足継手），あぶみについては型式（ロック式，遊動式，制御式制限付，制御式補助付等）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。

　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。