

装具意見書

(令和7年4月改訂)

氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
現住所			
障害名			障害等級 級
<p style="text-align: center;">現 症</p> <p>*おもに障がいの原因となる原疾患の病名と病歴、現在の身体状況等及び能力低下をきたす原因となる機能障がい等についても具体的に記入すること。</p>			
補装具の名称	(注：タイプ名を記載すること。)	【レディメイド(既製品)の場合】	
		メーカー名 ()	
		商品名 ()	
<p>現在の補装具の状況について</p> <p>1 所持している 支給体系 総合支援法(身障法)・医療保険・労災補償法 その他 ()</p> <p style="margin-left: 100px;">支給年月日 破損状況 装着状況</p> <p>2 所持していない</p>			
現在の生活地	在宅 施設入所中 入院中 その他 () ※ 施設名・病院名(診療科名)を記入 ()		
装着についての意見 (注：借受けが必要な場合は、借受け期間及び効果が明確となるよう記載すること。) (使用効果見込等)			
年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名			
医師名 (記名押印又は署名)			

上肢装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和7年4月改訂）

市町村名		氏名		生年月日	年	月	日（ 歳）	
装着部位	（ 右 ・ 左 ・ 両 ）							
基本型式	名称	肩	肘		手関節 (長対立・把持を含む)	手 (短対立・CM関節を含む)	指	備考
	採型区分	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	D-6	
	採型							
	採寸							
	構造	硬性 フレーム 軟性 両側支柱 片側支柱 その他（ ）						
製作要素	継手	肩	A 固定式(片側) × ()	B 遊動式(片側) × ()	C 肩回旋装置 × ()			
		肘(片側)	A 固定式 × ()	B 遊動式 × ()	C プラスチック継手 × ()			
		手(片側)	A 固定式 × ()	B 遊動式 × ()	C プラスチック継手 × ()			
		MP	A 固定式 × ()	B 遊動式 × ()				
		IP	A 固定式 × ()	1 硬性 2 フレーム	B 遊動式 × ()	C 鋼線支柱 × ()		
支	持部	胸郭(半身)	A 硬性 B フレーム					
		骨盤(半身)	A 硬性 B フレーム					
		上腕	A 半月 × ()	B 皮革等 × ()	1 カフベルト 2 上腕コルセット	C 硬性 × ()		
		前腕	A 半月 × ()	B 皮革等 × ()	1 カフベルト 2 前腕コルセット	C 硬性 × ()		
		手部背側パッド	A 硬性 × ()	B フレーム × ()				
		手掌パッド	A 硬性 × ()	B フレーム × ()				
その他の加算要素	・肘サポーター（支柱付き・支柱なし） ・基節骨パッド（硬性・フレーム） ・中・末節骨パッド（硬性・フレーム） ・対立バー ・Cバー ・アウトリガー ・伸展・屈曲補助バネ ・肘当て ・ターンバックル ・フレクサーヒンジ ・内張り（上腕部・前腕部・手部）				図示（姿図）※必ず記載すること。 ※レディメイド（既製品）の場合 メーカー名（ ） 商品名（ ）			
完成用部品								
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。								
（借受けの希望 有 ・ 無 ）								
年 月 日	所在地			製作予定事業者名				
医療機関名	診療科名			種目名称別コード				
	医師名 (記名押印又は署名)							

- ※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。
- ※ 完成用部品については、使用部品を記載のこと。
- ※ × () には、個数を記載のこと。

下肢装具・靴型装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）

（令和7年4月改訂）

市町村名		氏名				生年月日		年 月 日（ 歳）						
装着部位		（ 右 ・ 左 ・ 両 ）												
基本型式	名称	股	長下肢			膝	短下肢		足	股関節外転		両長下肢	靴型	
	採区分	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7		A-8	A-9	A-10	B-1	B-2
								a	b					
	採型													
	採寸													
	構造	硬性		両側支柱			片側支柱		後方支柱		軟性		その他（ ）	
カーボン製チェック用装具加算					大腿部		下腿部		足部					
製	継	股	固定式		遊動式									
			×（ ）		×（ ）									
	膝 （片側）	固定式		遊動式		プラスチック継手								
		×（ ）		×（ ）		×（ ）								
手	足 （片側）	固定式		遊動式		プラスチック継手								
		×（ ）		×（ ）		×（ ）								
要素	支	仙腸	硬性		1. 支柱付き		その他（ ）							
			×（ ）		2. 支柱なし		×（ ）							
	持	大腿	A 半月		B 皮革等		C 硬性		カーボン					
			×（ ）		1. カフベルト		1. 熱硬化性樹脂		×（ ）					
		2. 大腿コルセット		2. 熱可塑性樹脂		×（ ）								
部	下腿	A 半月		B 皮革等		C 硬性		カーボン						
		×（ ）		1. カフベルト		1. 熱硬化性樹脂		×（ ）						
		2. 下腿コルセット		2. 熱可塑性樹脂		×（ ）								
	足部	A あぶみ		B 足部		C 足底装具		カーボン						
		×（ ）		1. 足部覆い		1. MP関節遠位		×（ ）						
				2. 標準靴		2. MP関節近位								
				3. 硬性（熱硬化性樹脂）		×（ ）								
				4. 硬性（熱可塑性樹脂）		×（ ）								
靴型	短靴	チャッカ靴		半長靴		長靴		健		短靴				
		整形特殊 （右・左）		整形特殊 （右・左）		整形特殊 （右・左）		足		チャッカ靴				
										半長靴				
										長靴				

体幹装具処方箋（新規・再支給・修理）（令和7年4月改訂）

市町村名		氏名			生年月日		年 月 日（ 歳）		
基本型式	名称	頸椎 (胸腰仙椎装具付)	頸胸椎	頸椎 (カラー)	胸腰仙椎 (肩ベルト付)	胸腰仙椎	腰仙椎 (仙腸)	備考	
	採型区分	C-1	C-2	C-3	C-4	C-5	C-6		
	採型								
	採寸								
	構造	硬性 フレーム 軟性 カラー 骨盤帯 その他()							
製作要素	支	頸椎	A 硬性	1 支柱付き		2 支柱なし			
			B フレーム						
			C カラー	1 あご受けあり		2 あご受けなし			
	胸腰仙椎	A 硬性	1 支柱付き		2 支柱なし				
		B フレーム							
		C 軟性							
	腰仙椎	A 硬性	1 支柱付き		2 支柱なし				
		B フレーム							
		C 軟性							
	仙腸	A 硬性	1 支柱付き		2 支柱なし				
		B フレーム							
		C 軟性							
		D 骨盤帯	1 芯のあるもの		2 芯のないもの				
	骨盤	A 皮革							
		B 硬性	ペルビックガードル						
	その他の加算要素	体幹装具	・高さ調節 ・ターンバックル ・腰部継手 ・バタフライ ・肩ベルト ・会陰ひも ・腹部エプロン ・斜頸枕						
側弯症装具		・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 ・アウトリガー ・胸郭バンド(プラスチック製) ・前方支柱 ・後方支柱 ・側方支柱							
内張り		1 頸椎支持部 2 胸腰仙椎支持部 3 腰仙椎支持部 4 仙腸支持部							
その他の交換・修理		・支柱交換（硬性） ・支柱交換（軟性）							
完成用部品						図示（姿図）※必ず記載すること。 ※レディメイド（既製品）の場合 メーカー名（ ） 商品名（ ）			
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。									
						(借受けの希望 有 ・ 無)			
所在地						製作予定事業者名			
医療機関名									
診療科名		医師名							
		(記名押印又は署名)				種目名称別コード			

※基本型式、製作要素等の部品に○をつけること。

※完成用部品については、使用部品名を記載のこと。

※2種類以上の装具を組み合わせた装具の場合は、個々の価格のうち最も高い価格とすること。

下肢・靴型・体幹・上肢装具判定依頼調査書

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
<p>1 治療用装具（医療で製作）について</p>		
<p>①治療用装具は所持しているか：（有 [年 月製作] ・ 無 ）</p>		
<p>②①で有の場合：どこの病院で、何という装具（タイプ名も記載）を製作したのか？ （例）リーストラップ、シューホン型 等）</p>		
<p>[]</p>		
<p>③①で無の場合：申請の装具を更生用装具（補装具制度）で製作する理由は何か： （治療用装具を製作しなかった場合はその理由）</p>		
<p>[]</p>		
<p>2 現在の状況について</p>		
<p>①移動手段について（屋内と屋外に分けて記載）：</p>		
<p>例）屋内は、装具を装着し、T字杖を使用して何とか歩行。</p>		
<p>屋外は、装具を装着し、H28年に補装具費で支給された車椅子を使用して移動。</p>		
<p>[]</p>		
<p>②生活状況について（就労・社会参加・通院・買い物等の有無や頻度）：</p>		
<p>[]</p>		
<p>3 申請の装具について</p>		
<p>①現在使用中の装具と同タイプか？タイプ変更があるか？</p>		
<p>タイプ変更の場合は、名称の記載 （例：右）短下肢装具（両側支柱：足部モールド）へ変更希望）</p>		
<p>[]</p>		
<p>②申請の装具の検討過程</p>		
<p>（タイプ変更がある場合は、変更理由、実際に試したのかも含めた比較検討結果）</p>		
<p>[]</p>		
<p>4 今回の申請理由について：</p>		
<p>※破損等が理由の場合は、いつ、どのようにして、どの部分が破損したのか（写真添付：任意）</p>		
<p>[]</p>		
<p>5 借受けの希望があれば内容を詳細に聞き取ってください。</p>		
<p>[]</p>		
<p>6 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承 (済 ・ 未)</p>		
<p>来所希望日 () 補装具事業者名 ()</p>		
<p>調査日 年 月 日 市町村調査者氏名：</p>		

上肢装具(BFO)検討状況について

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

※ 4上肢操作については、具体的にBFOを使用したい場面を記載してください。
 (例)食事でのスプーン操作、歯磨き(歯ブラシ)、髪をブラシでとく等

調査事項		調査回答
1	申請の理由について(いつ、どなたの勧めで)	
2	試用期間 (例)RO.O.O.O~RO.O.O.O(1日O時間)等	
3	介助の詳細な状況 (介助者、使用されているサービスの状況・内容等)	
上肢操作について		
4	① どのような動きが困難ですか。	
	② どの程度時間を要しますか。 どの程度介助が必要ですか。	
	③ 申請の装具の装着により、どの程度時間が短縮され、どのような点が改善されましたか。	
	④ 本人の使用感	
5	セッティングや調整の体制 (アフターフォローも含めて)	
6	今後、日常的に使用されますか。 (耐用年数3年)	
※その他、特記事項		

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者: _____

(職種: _____)