

装具意見書

(令和8年7月改訂)

氏 名			生年月日	年	月	日 (歳)
現 住 所						
障 害 名						障害等級 級
現 症 *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。						
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 ()			
現在の補装具の状況について 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 () 支給年月日 破 損 状 況 装 着 状 況 2 所持していない						
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8年7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 医療機関名 診療科名					製作予定事業者名 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8年7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	
	採型区分	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					
製作要素	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	仙腸	硬性 1. 支柱付き 2. 支柱なし ×（ ） ×（ ） その他（ ）											
		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 ×（ ） ×（ ）											
		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		健足	短靴				
		整形特殊 （右・左）	整形特殊 （右・左）		整形特殊 （右・左）		整形特殊 （右・左）			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8年7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 持 部	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 椎 腰 仙	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)							
年 月 日									
所在地									
医療機関名		製作予定事業者名							
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)
1 治療用装具（医療で製作）について ①治療用装具は所持しているか：（ 有 [年 月製作] ・ 無 ） ②①で有の場合：どここの病院で、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） 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） 			
2 現在の状況について ①移動手段について（屋内と屋外に分けて記載）： 例）屋内は、装具を装着し、T字杖を使用して何とか歩行。 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。 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）： 			
3 申請の装具について ①現在使用中の装具と同タイプか？タイプ変更があるか？ 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 ②申請の装具の検討過程 （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） 			
4 今回の申請理由について： ※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） 			
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。 			
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 ）			
来所希望日（ ）		補装具事業者名（ ）	
調査日	年 月 日	市町村調査者氏名：	

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)R〇.〇.〇～R〇.〇.〇(1日〇時間)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: _____)