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。