処方箋（体幹装具）

令和６年４月

【処方箋様式9】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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**※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 | C－　　 | [ ] 採型　　[ ] 採寸 |
|  | [ ] 硬性，フレーム　　[ ] 軟性　　[ ] 軟性，骨盤帯 |  |
| ●支持部 | 頸椎： | [ ] 硬性（[ ] 支柱付き　[ ] 支柱なし）　　[ ] フレーム　　[ ] カラー（[ ] あご受けあり　[ ] あご受けなし） |
|  | 胸腰仙椎： | [ ] 硬性（[ ] 支柱付き　[ ] 支柱なし）　　[ ] フレーム　　[ ] 軟性 |
|  | 腰仙椎： | [ ] 硬性（[ ] 支柱付き　[ ] 支柱なし）　　[ ] フレーム　　[ ] 軟性 |
|  | 仙腸： | [ ] 硬性（[ ] 支柱付き　[ ] 支柱なし）　　[ ] フレーム　　[ ] 軟性[ ] 骨盤帯（[ ] 芯のあるもの　[ ] 芯のないもの） |
|  | 骨盤： | [ ] 皮革（補強材を含む）　　[ ] 硬性　ペルビックガートル |
|  | 加算： | [ ] サンドイッチ構造（[ ] 頸椎　[ ] 胸腰仙椎　[ ] 腰仙椎　[ ] 仙腸　[ ] 骨盤） |
| ●その他の加算要素 |  |
|  | [ ] 体幹装具付属品（[ ] 高さ調整（１か所）×　　　　[ ] ターンバックル　[ ] 腰部継手（片側）×　　　　　　　　　　　　[ ] バタフライ　[ ] 肩ベルト　[ ] 会陰ひも　[ ] 腹部エプロン　[ ] 斜頚枕）[ ] 側弯症装具付属品（[ ] 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　[ ] 胸郭バンド（プラスチック製）　[ ] アウトリガー　[ ] 前方支柱　[ ] 後方支柱[ ] 側方支柱）□内張り（[ ] 頚椎支持部　[ ] 胸腰仙椎支持部　[ ] 腰仙椎支持部　[ ] 仙腸支持部） |
| 　必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ●完成用部品 |  |  |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ミルウォーキーネックリング |  | 前方支柱 |  |
| 後方支柱 |  | 支柱 |  |
| アウトリガー |  | 蝶番 |  |
| その他 |  |

 |
| 　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以下のとおりです。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。

　４．完成用部品は各項目について，型式もしくは品番を記載してください。

　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。