



様式 2 - 3 - 1 (裏面)

製作部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
処方補装具名	※別紙「補装具一覧(装具)」の該当する区分等を御記入ください。 各項目欄左側数字等による記入も可とします。				
	区 分	名 称	基本構造 1	基本構造 2	
	完 成 用 部 品	股継手	<input type="checkbox"/> ロック式 (1 輪止め式 2 ストッパー付輪止め式 3 レバー 4 ダイアルロック式) <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 交互歩行式		
		膝継手	<input type="checkbox"/> 遊動式 (1 普通型 2 オフセット 3 制限式) <input type="checkbox"/> ロック式 (1 輪止め式 2 ストッパー付き輪止め式) <input type="checkbox"/> スイスロック式 <input type="checkbox"/> 横引き式 <input type="checkbox"/> トライラテラル <input type="checkbox"/> ダイアルロック <input type="checkbox"/> 多軸膝 (1 遊動式 2 固定式)		
		足継手	<input type="checkbox"/> 制御式 (制限付) <input type="checkbox"/> 制御式 (補助式) (1 一方向 2 二方向) <input type="checkbox"/> 遊動式		
あぶみ		<input type="checkbox"/> 制御式 (制限付) (1 足板なし 2 足板付) <input type="checkbox"/> 制御式 (補助付) (1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向) <input type="checkbox"/> 歩行あぶみ			
その他		<input type="checkbox"/> あぶみゴム <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> 標準靴 <input type="checkbox"/> 装具用制御装置 <input type="checkbox"/> デニスブラウン <input type="checkbox"/> 足板			
補装具製作にあたっての留意点	【型式、採型・採寸区分、製作要素、上記完成用部品以外の指定等、製作上の留意点について御記入ください。】				
使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】				
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号 ( ) 印					
※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注) <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注) <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)					

※注 専門医とは、平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。