【靴型装具　処方票】

※靴型装具に支柱を必要とする場合は、下肢装具の処方票を記入してください。

患　足（右・左・両）				健　足			
短靴	チャッカ靴	半長靴	長　靴	短　靴	チャッカ靴	半長靴	長　靴
整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴	整形靴 特殊靴				

加　算　：　グッドイヤー式　　マッケイ式

付属品等の加算要素

月型の延長（延長する方向：　足先方向　　足継手より上の方向 ）　　トウボックス補強

スチールバネ入り（※足底より近位へ延長する場合に限る）　　鉛板の挿入　　足背ベルト（※尖足等がある足部を収納する必要がある場合に限る）

ベルト(裏付き)追加（　　個）（※３個を超える場合。必要性を明記すること）

補　　高　　敷き革式　　ｃｍ　靴の補高　　ｃｍ

健足補高　　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

図示　　※装具の略図を書き、必要に応じて説明をつける

特記事項（指示）

上記のとおり意見する。　　年　　月　　日

医療機関名

診療科目名

医師氏名

意見書作成医の資格　□身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医
□その他（　　）

適合確認（　　年　　月　　日）

確認者

職氏名