様式１－１１　札幌市

補装具費支給意見書（歩行器・つえ等）

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>障　害　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>障害の状況及び処方上必要な仕様とその理由</td><td colspan="4">（補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する）</td></tr>
<tr><td>補装具の使用が予想される主な状況
（使用場所と目的）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">処方内容
種目・名称</td><td rowspan="2">歩　行　器</td><td colspan="3">1. 六輪型　　2. 四輪型（腰掛付）
3. 四輪型（腰掛なし）
①サドル・テーブル、胸郭支持具若しくはスリング・骨盤支持具
②後方支持型
4. 三輪型　　5. 二輪型　　6. 固定型　　7. 交互型
（製品名：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（</td></tr>
<tr><td rowspan="2">歩行補助つえ</td><td colspan="3">1.松葉づえ（ 木製 ・ 軽金属製 ／ 普通型 ・ 伸縮型 ）
2.カナディアン・クラッチ　　3. ロフストランド・クラッチ
4.多脚つえ　5. プラットホーム杖　6.特例つえ（　　）
（製品名：　　）
□　左・□　右</td></tr>
<tr><td colspan="3">（付属品）
①夜光材付　　②全面夜光材付　　③白色・黄色ラッカー</td></tr>
<tr><td rowspan="2">そ　の　他</td><td colspan="3">1.座位保持椅子　①机上用盤　②内張り　③車載用
2.起立保持具　3.頭部保持具　4.排便補助具
（製品名：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">付属品：</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり意見する。
年　　月　　日
医療機関名
所　在　地
診療担当科名

判定医師氏名</td></tr>
<tr><td colspan="5">1.告示上限額を越えることのみをもって特例補装具として取扱うことはできません。
2.左右で杖が必要な場合は１具としての取り扱いとなります。</td></tr>
</table>