

P. KAFO療法 処方箋

病院名 _____ 主治医 _____ 担当PT _____ 印 _____

Case 氏名 _____ 性別 ♂ ♀ _____ 年齢 _____ 歳 _____

保険 _____ 下肢装具処方日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

麻痺側 右 左 _____ 義肢装具社名 _____ 担当 P.O _____ 印 _____

発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 経過日数 _____ 日 _____ 外来 ・ 入院 _____

自立度評価 車椅子・平行棒内立位 車椅子・平行棒内歩行 車椅子・近位監視歩行
 屋内近位監視歩行 屋内自立歩行 屋外監視歩行

補装具 四脚杖 ロフトランド杖 T-字杖

10m歩行タイム・歩数 _____ 秒 _____ 歩 _____

歩行タイプ 3動作 前型・揃い型・後型 2動作 前型・揃い型・後型

連続歩行距離 20m以内 50m以内 100m以内 100m以上

矢状面の異常サイン

体幹前傾	+, ++, +++	
骨盤後退	+, ++, +++	
股関節不安定	+, ++, +++	
膝スナッピング	+, ++, +++	
膝ロッキング	+, ++, +++	
反張膝	中等度・強度	
尖足	中等度・強度	
内反	中等度・強度	

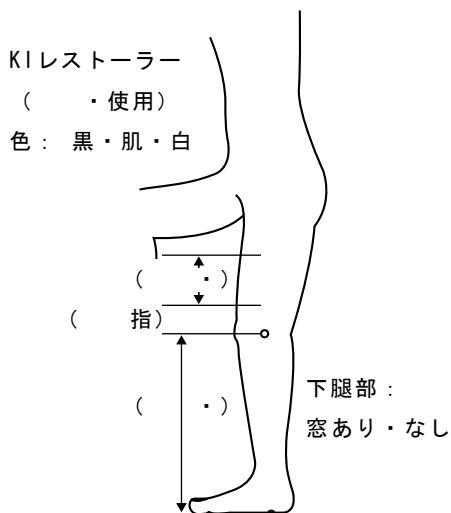
前額面の異常サイン

体幹側屈	
骨盤下制	
骨盤挙上	
振り出し難	
分廻し歩行	

水平面の異常サイン

股外旋偏位	
そとわ歩行 Toeing-out	

・ () 処方内容



[足底板形状: _____ 型]

・ V-Step靴

要 ・ 不要

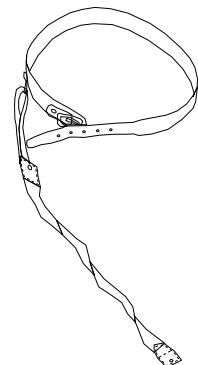


サイズ _____

色 黒 ・ 茶 ・ 白

・ ゴム製ツイスター

要 ・ 不要



ウエストサイズ _____

ゴム長 _____