

松山赤十字病院リウマチ用杖処方箋 No.

《 新規・再交付・修理 》

氏名： 性別 M・F

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳

(〒 —)

住所：

TEL： () —

職業： ～具体的に～

病名	医学的所見	処方上重要な点
	身長 cm	
	体重 kg	

処方杖 左・右・両方

使用場所： 主に、屋内・屋外 []

採寸 ①～③ をご記入ください

① 握りの直径

標準 30 mm

(*) 25 mm

(*) 20 mm

(*) 15 mm

該当値を○で囲んでください

(*) は追加料金が必要となります

② 脇当てと握りの回旋角度



左へ () 度

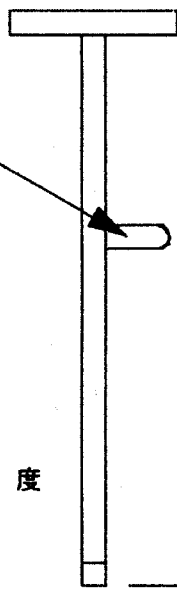
右へ () 度

(0 度)

水平の場合は 0 度を ○ で囲んで下さい

回旋させる場合は角度を記入して下さい

③ 長さ



脇当て上端

() mm

握り中央

() mm

杖先ゴム下端

特記事項

送付先を ○ で

囲んで下さい

自宅

病院

杖	処方年月日 年 月 日	病院名
op	採寸年月日 年 月 日	医師
元着	受付 年 月 日	OT・PT
	納品 年 月 日	適合判定 良・否

(有) 高松義肢製作所 〒791-0101 愛媛県松山市溝辺町265

TEL 089-977-3659

FAX 089-960-9059