

# アキレス腱装具オーダー用紙

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 採寸 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

送り先住所 〒 \_\_\_\_\_

患足： 左・右 \_\_\_\_\_

A～Fのサイズを計測してください

A: 下腿長 脛骨粗面～足関節前面 ( ) cm

TEL

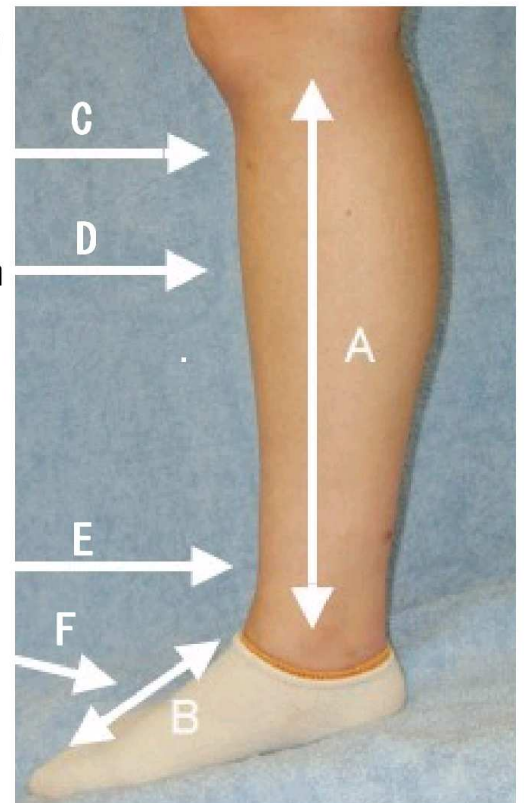
B: 足部長 足関節前面～MP関節 ( ) cm

周径 C: 脛骨粗面高位 ( ) cm

D: 下腿最大周径 ( ) cm

E: 足関節部 ( ) cm

F: 足部中央 ( ) cm



靴のサイズ： \_\_\_\_\_ cm

※ オーダー用紙をプリントアウトの上採寸を行ってください

※ オーダー用紙を当社までFAXでお送りください

※ 納品まで約一週間ほどかかります

(有) トクダ補装具

〒244-0842

神奈川県横浜市栄区飯島町888

TEL 045-871-4701

FAX 045-871-9678

アキレス腱装具は各種医療保険等での給付を受ける事ができますが、そのためには整形外科医の診断書が必要となります。一般的なご購入にあたっては、お近くの整形外科医、義肢装具製作所、または弊社までお問合わせください。