補 装 具 適 合 意 見 書

肢体不自由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（書類判定用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | T S H R　　年　　月　　日生（　　歳） | | 住所 |  | |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名 | | | | | 身体障害者手帳 |
| 級 |
| 補装具名 | |  | | | |
| 製作業者名 | |  | | | |
| 第一次仮合わせ | | 令和　　年　　月　　日（修正事項等を記入してください） | | | |
| 第二次仮合わせ | | 令和　　年　　月　　日（修正事項等を記入してください） | | | |
| 適合確認 | | 令和　　年　　月　　日（適合・効果等の状況について詳しく記入してください）  適　合：非常によい　・　だいだいよい　・　ふつう　・　少し悪い  　　コメントを記入  効　果：著しい　・　予測どおり　・　あまりない  　　コメントを記入 | | | |
| 令和　　年　　月　　日  　医療機関名：  所　在　地：  診療科目名：　　　　　　　　　　　科　　　医師氏名（自署）： | | | | | |

(R６.４月)