

様式7

年 月 日

静岡県身体障害者更生相談所

判定医師 医療機関名

氏名

印

適合判定意見書

補装具判定結果に基づき作製した補装具の適合判定について、下記のとおり意見します。

記

住 所		氏 名	
適合判定実施日	年 月 日		
補装具の 名称又は 修理部位			
使用者の 身体等との 適合状況	1 適合状況は良好である。 2 下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり、適合状況は概ね良好である。		
指摘事項			
総合意見			

※ 判定医師は、当該補装具の「補装具費支給に関する意見書」を作成した医師であること。

※ 適合判定は、当該補装具が完成した後に実施すること。

※ 使用する部品に変更が生じる場合は、改めて更生相談所の判定を要する。