

補装具借受けに係る意見書

氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日	歳
住 所					

判定を依頼する補装具 [○で囲む] (網掛けは完成用部品のみ対象)

義肢	装具	姿勢保持装置	重度障害者用 意思伝達装置	歩行器	座位保持椅子
----	----	--------	------------------	-----	--------

借受けが必要と認める理由

<input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる。 <input type="checkbox"/> 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される。 <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる。
--

借受けによる 使用効果見込	
------------------	--

借受けが必要と 認める期間	年 月 日～ 年 月 日
------------------	--------------

上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 ㊟ (自署の場合は押印不要) 電話番号 ()
※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ記載することができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師