

補装具費支給意見書（義肢・装具）

※義肢の場合は項目1～7を、装具等の場合は項目1～6を記入してください。

- 購入
 修理（交換）
 借受け
 特例

| | | | |
|------|--|---|--------|
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生（ ）歳 |
| 住所 | 新潟県 | | |
| | <input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他（ ） 】 | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】 | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】 | | |

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

| | |
|---|-------------|
| 1-①病名 | 1-②障害名・障害部位 |
| 2. 補装具支給に関わる具体的な障害状況(日常生活動作、関節可動域、筋力、痙縮の程度など) | |
| 3. 身長 | cm 体重 kg |
| 4-①主たる使用場所 *該当する使用場所にレ点。その他の場合は具体的な場所を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 / 施設 / 学校 <input type="checkbox"/> その他（場所記載： ） | |
| 4-②概ねの使用頻度 (1) 1日あたり _____ 時間程度 (2) 1週あたり _____ 日間程度 | |
| 5. 装着しなければならない補装具名称 *修理の場合は、主な修理項目を追記してください。 | |
| 6. 補装具の工作的工夫・使用による効果の見込み *別添資料の提出でも差し支えありません。 | |

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医療機関

診療科・医師名

(裏)

※書面が足りない場合は別添資料を作成してください。

※必要に応じて動画等を提出してください。判定に際して提出をお願いする場合があります。

7-① 使用する部品等（完成用部品であれば商品名とメーカー名）を記入してください。
（継手、懸垂システム、電動式ハンドなど）

7-② 上記①の部品を使用する理由を以下の視点から記入してください。

日常生活（環境を含む）の視点

就労・就学（環境を含む）の視点

その他（特記事項等）