

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（歩行器等）

氏 名			年 月 日 生 (歳)
住 所			
手帳の障害名	等級: (種 級)		
障害の部位及びその状況 「病歴、全身所見、合併症、ADL等」	※病歴、全身所見、合併症、ADL。特に、補装具に関わる障害の部位や障害による動作の制限、補装具使用による動作の改善等の補装具の必要性が判断できる具体的内容を記載してください。 ※修理・更新の場合は、破損、不適合の状況も記載してください。 身長 () cm 体重 () kg		
申請する補装具 (及び使用中の補装具)	(現在使用中の補装具名「)) ※治療用装具の場合は、名称の前に(治)と記載してください。		
歩 行 器	六輪型、四輪型(腰掛つき、なし)、三輪型、二輪型、固定型、交互型		
その他の補装具			
付属品及び特筆すべき処 方			
補装具の処方効果	・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩 行 ・介助が不要となる ・食 事 其他 具体的動作		
特記事項	※使用者の希望事項などを記載すること		
上記のとおり意見、処方する。 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名			

※該当箇所を○で囲んでください

【記入上の留意事項】

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。