

補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義手用)

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所 審査欄	
審査結果	1 適当      2 不適當      3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年      月      日

氏 名		男・女	生年 月日	年      月      日
住 所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (病名: )			
疾病・外傷 発生年月	年      月      日			
切断・離断 ・欠損部位	【上 肢】 右 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 ) 左 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 )			
治療経過	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容等について詳細に御記入ください。】 切断施術                      年      月      日			
現在の 障害部位 の状況	【FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 ( あり ・ なし ) 【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】			

裏面に続く

