

様式 2-10 (裏面)

補装具製作にあたっての留意点	【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品の指定、他部品と比較した状況等について御記入ください。】
使用効果見込	【処方補装具を装着・使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※予防、治療、訓練目的等では対象になりません。 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。
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 電話番号 () ㊞ (自署の場合は押印不要) ※ 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意見書を書くことができません。) ☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 【難病患者等に限る】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	

※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】の理由・内容等
審査医師	印 (自署の場合は押印不要)
審査年月日	年 月 日