

式2-9 (表面)

補装具費支給に関する意見書 (その他用)

※特例補装具については、各意見書に御記入ください。(特例補装具用の意見書ではありません。)

※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 不相当      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	明・大 昭・平	年 月 日
住 所					歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	(具体名: )			
疾病・外傷 発 生 年 月	明・大・昭・平      年      月ごろ				
現 在 の 障 害 部 位 の 状 況	【 F I MやB I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

様式 2 - 9 (裏面)

<p>処方補装具名</p>	<p>【補装具費支給対象となるのは、原則1個です。】</p>
<p>補装具製作にあたっての留意点</p>	<p>【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品の指定等について御記入ください。】</p>
<p>使用効果見込</p>	<p>【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。】</p>

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

印

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条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注)
- 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で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注)
- 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
- 【難病患者等に限り】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)

※注 専門医とは、平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。