

補装具費支給意見書（歩行器・杖等）

氏 名			生年月日	年 月 日生 (歳)	
障 害 名					
障害の状況及び処方上必要な仕様とその理由 (補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する)					
補装具の使用が予想される主な状況 (使用場所と目的)					
処 方 内 容 種 目 ・ 名 称	歩 行 器	1.六輪型 2.四輪型 (腰掛つき・腰掛なし) 3.三輪型 4.二輪型 5.固定型 6.交互型			
	歩行補助杖	1.松葉づえ (木製・金属製／普通型・伸縮型) 2.カナディアン・クラッチ 3.プラットホーム杖 4.ロフストランド・クラッチ 5.多点杖			
	付属品	1.夜光材付 2.全面夜光材付 3.白色・黄色ラッカー			
	そ の 他	1.座位保持いす 2.起立保持具 3.頭部保持具 4.排便補助具 5.その他 ()			
上記のとおり意見する。					
年 月 日 医療機関名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名					