様式７

　　年　　月　　日

静岡県身体障害者更生相談所

判定医師　医療機関名

氏名　　　　　　　　　　　　　印

適合判定意見書

補装具判定結果に基づき作製した補装具の適合判定について、下記のとおり意見します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | 氏名 |  |
| 適合判定実施日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 補装具の  名称又は  修理部位 | |  | | |
| 使用者の  身体等との  適合状況 | | １　適合状況は良好である。  ２　下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり､適合状況は概ね良好である。 | | |
| 指摘事項 | |  | | |
| 総合意見 | |  | | |

* 判定医師は、当該補装具の「補装具費支給に関する意見書」を作成した医師であること。
* 適合判定は、当該補装具が完成した後に実施すること