

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<br>日           | 年 月 日   |  |                            |  |
| 補装具の<br>名称又は<br>修理部位  |   |  |                            |  |
| 処方内容<br>との変更点         | <input type="checkbox"/> 有（下記に記入）                     |  | <input type="checkbox"/> 無 |  |
|                       | 変更箇所  |  | 変更した理由                     |  |
|                       |   |  |                            |  |
| 使用者の<br>身体等との<br>適合状況 | 1 適合状況は良好である。<br>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。