

補装具借受けに係る意見書

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日	歳
住所					

判定を依頼する補装具 [で囲む] (網掛けは完成用部品のみ対象)

義肢	装具	座位保持装置	重度障害者用 意思伝達装置	歩行器	座位保持椅子
----	----	--------	------------------	-----	--------

借受けが必要と認める理由

<input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる。 <input type="checkbox"/> 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される。 <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる。
--

借受けによる 使用効果見込	
借受けが必要と 認める期間	年 月 日～ 年 月 日
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記載することができません。) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】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。