

補装具医学意見書

氏 名		生年月日	年 月 日 ()歳
現 住 所			
障害名及び 原因となった 疾病・外傷名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)		
	身障手帳： 年 月 日交付 現等級 級		
障害・疾患等の状況 (注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)			
身長 cm 体重 kg			
補装具の種目、名称：			
処方：(注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。)			
使用効果見込み：(注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)			
備 考：			
上記のとおり意見する 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 病院又は診療所名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 診療担当科名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 作成医師氏名 (印) </div>			