

補 装 具 適 合 判 定 意 見 書

年 月 日

様

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印

補装具費支給要否意見書を作成した下記の者にかかる補装具の適合判定を実施した結果は、以下のとおりです。

記

氏 名			男・女
住 所			
補装具の名称			
補装具製作者			
適合判定実施日			
適合判定の結果	1 処方のとおり製作されており、適合状態は良好である。 2 下記の指摘事項あるも許容範囲であり、適合状態はほぼ良好である。 3 下記の適合不良個所があり、適合状態は不良である。		
	指 摘 事 項		
	不 良 個 所		