

身体障害者更生相談所（和歌山県）令和元年改正

フリガナ 氏 名	男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
障害の 経過 病名 部位	発症： 年 月 日 原因： 疾病・労災・その他の事故・先天性・その他() 起因病名： ALS・脊髄損傷・脳血管障害・CP・その他() 部位：	
障害の 状況 (現症)	[特例補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する] 上肢： 下肢等： 重複障害：	
結果・指示 名 称 価 格 処方等	特例の補装具	今回比較した基準の補装具
特例補装具が真に必要な理由 (1) 基準の補装具では対応できない理由 (2) 特例補装具でなければならない理由及び使用効果 (※基準の補装具との比較検査結果等を添付して下さい。)		
上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 医療機関名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名		