

## 座位保持椅子支給意見書・処方箋（支給・修理）

氏名		年 月 日 生 ( 歳)
住所	福岡市 区	電話 ( )
障がい名		( 級)
医学的所見	※座位保持椅子を必要とする所見を具体的に記載してください。	
生活場所	1. 在宅 2. 学校 3. 施設または作業所に通所中（施設名 週 日） 4. 入院 医療機関名 ( ) 退院予定 ( 年 月頃) ※3ヶ月以内に退院予定がないと支給できません。	
使用状況	1. 使用していない 2. 使用している ( 前回支給年月日： 年 月 ) 再支給の理由 : (※必ず記載してください。なお、耐用年数内に再支給を希望する場合、調整可能な部品を使用している場合は修理では対応できない理由を具体的に記載してください。)	
目的・効果	1. 自宅用 2. 学校・通園施設用 ※具体的な内容を記載してください。	
付属品等	1. 机上用の盤 2. 座面に軟性の内張り 3. 車載用	
診療機関名	年 月 日	医師氏名