

補装具費支給意見書・処方箋(歩行器)

氏名			年	月	日生
住所	福岡市	区	電話 ()		
障がい名				等級	級
<p>【 医学的所見 】 歩行器を必要とする所見。 歩行能力を具体的に記載してください。 ※原則車椅子との併給は認めていませんので、併用の場合は、車椅子との併用が必要な理由を記載してください。</p>					
使用場所	自宅 ・ 学校 ・ 施設 ・ その他 () 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外				
使用頻度	毎日 ・ 週に2、3回 ・ 週に1回				
使用目的・効果見込					
現在の使用状況	・使用していない ・使用している 再支給の理由 ※ 再支給の場合は必ず記載してください。				
種類	六輪型 四輪型 (腰かけつき) 四輪型 (腰かけなし) サドル・テーブル付 胸郭支持具、骨盤支持具付 後方支持型 固定型 交互型		図示または図面添付		
年 月 日					
所 医 診	在 療 療	機 関 科	地 名 名	医師氏名	