

修理申請チェック票（医療保険等用）

1. 医療保険等で製作した装具・義肢の情報

- 1) 製作日：_____年_____月頃
- 2) 施設名：_____
- 3) 業者名：_____

2. 修理内容

- 1) 種 目： 装具 ・ 義肢
- 2) 業者名： 同上 ・ (_____)
- 3) 修理箇所チェック表

装 具		義 肢	
☐	マジックバンドの交換	☐	義足懸垂用部品の交換
☐	内張りの張り替え	☐	外装の交換
☐	滑り止めの張り替え	☐	断端袋
☐	足底（靴底）ゴムの交換	☐	

*上記項目以外の修理を希望する場合は、障相センターへご相談ください

3. 専門職からの聴取・確認

- 1) 聴 取 日：_____年_____月_____日
- 2) 聴取先情報
- ・ 施設名：_____
 - ・ 職 種： 医師・理学療法士・義肢装具士・(_____)

3) 確認項目

以下の項目で【いいえ】がある場合は、障相センターへご相談ください。

- ・ 製作時と身体状況の変化はないですか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在まで継続して使用していますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在の装具(義肢)は身体に合っていますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在の型式で満足していますか？ [はい ・ いいえ]

修理結果連絡票（医療保険等用）

以下の内容について、修理しましたので報告します。

利用者情報

（ふりがな）

1) 氏 名： _____

2) 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

3) 手帳番号： _____ 第 _____ 号

修理内容

装 具		義 肢	
	マジックバンドの交換		義足懸垂用部品の交換
	内張りの張り替え		外装の交換
	滑り止めの張り替え		断端袋
	足底（靴底）ゴムの交換		

報 告 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施機関： _____ 市・町・村

担 当 者： _____