様式例　補４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１/２

　**医学判定記録（肢体不自由）**

|  |
| --- |
| 下記のいずれかに該当する（⑤、⑥は難病患者等が対象）1. 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
2. 指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
3. 国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師
4. 上記と同等と認める医師

医療機関名所在地医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1. 保健所の医師
2. 難病法第6条第1項に基づく指定医

令和　　 年　 　月 　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　名 |  | 大昭平 | 年 　 月 　　日生（　　　　）才 | 実施機関市･町･村 |
| 判 定 事 項　　 　**補 装 具 要 否** |
| 現症・その他（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。） |
| 補装具の名称・型式 |
| 補装具の処方並びに製作上の注意 |

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

様式例　補４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２/２

肢体不自由の状態（必要な部位・部分のみ記入してください）









千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター