

適合状態確認票 [肢体不自由]

| | |
|-----------|----------------|
| お 名 前 | 様 大・昭・平 年 月 日生 |
| 担 当 業 者 | |
| 状 態 確 認 日 | 令和 年 月 日 |
| 確 認 者 | ()市・町・村 担当() |

| | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| *補装具の種類 | 車椅子 電動車椅子 座位保持装置 下肢装具 靴型装具 義足 その他： |
| *要否判定日 | 令和 年 月 日 (新調・修理) |
| 納 品 日 | 令和 年 月 日 頃 |
| 満 足 度 | <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 →理由 |
| 見 積 内 容 と の 比 較 | 合致 ・ 相違 |
| 写真資料 補装具本体のみと、使用している写真を前/横2種類以上、部品や機能も確認できるようにお願いします(別添も可能です)。 | |