

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 姿勢保持装置 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)。	