

補装具問診票

(選択肢のあるものは、該当するものに○をつけてください)

氏 名	
健康保険の種類	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他 ()
年金の種類	国民年金 (老齢) ・ 厚生年金 (老齢) ・ 国民年金 (障害) 厚生年金 (障害) ・ その他 ()
職 業	ある (職業名:) ・ なし
連 絡 先	電話: () - FAX: () -

障 害 発 生	【いつごろから、どのような原因 (病気・事故等) で、どのような障がいになったか詳しく記載してください】
現在の状況	【入院治療の経過、現在の状況、特に日常生活動作について、詳しく具体的に順を追って記載してください。】
現在持っている 補装具	ある ・ ない 【“ある” の場合は以下も記載してください。】 種類: 取得方法: 自費購入 ・ 医療保険 ・ 厚生年金 ・ その他 () 取得時期: 年 月頃 破損の状況: 装着状況: 一日中 ・ 一日に 時間
今回申請する 補装具	補装具の種類: 希望する理由:
希 望 業 者	
備 考	【特にご希望される事項があればご記入ください。】