

## 補装具問診表

(選択肢があるものは、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	【いつ頃から、どのような原因 (病気・事故等) で、どのような障害になったかを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 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。】