

# 修理申請チェック票（医療保険等用）

## 1. 医療保険等で製作した装具・義肢の情報

- 1) 製作日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
- 2) 施設名： \_\_\_\_\_
- 3) 業者名： \_\_\_\_\_

## 2. 修理内容

- 1) 種 目： 装具 ・ 義肢
- 2) 業者名： 同上 ・ ( \_\_\_\_\_ )
- 3) 修理箇所チェック表

装 具		義 肢	
	マジックバンドの交換		義足懸垂用部品の交換
	内張りの張り替え		外装の交換
	滑り止めの張り替え		断端袋
	足底（靴底）ゴムの交換		

\*上記項目以外の修理を希望する場合は、障相センターへご相談ください

## 3. 専門職からの聴取・確認

- 1) 聴 取 日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 2) 聴取先情報
- ・ 施設名： \_\_\_\_\_
  - ・ 職 種： 医師・理学療法士・義肢装具士・( \_\_\_\_\_ )

### 3) 確認項目

以下の項目で【いいえ】がある場合は、障相センターへご相談ください。

- ・ 製作時と身体状況の変化はないですか？ [ はい ・ いいえ ]
- ・ 現在まで継続して使用していますか？ [ はい ・ いいえ ]
- ・ 現在の装具(義肢)は身体に合っていますか？ [ はい ・ いいえ ]
- ・ 現在の型式で満足していますか？ [ はい ・ いいえ ]

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

## 修理結果連絡票（医療保険等用）

以下の内容について、修理しましたので報告します。

### 利用者情報

(ふりがな)

1) 氏 名 : \_\_\_\_\_

2) 生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

3) 手帳番号 : \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 号

### 修理内容

装 具		義 肢	
	マジックバンドの交換		義足懸垂用部品の交換
	内張りの張り替え		外装の交換
	滑り止めの張り替え		断端袋
	足底(靴底)ゴムの交換		

報 告 日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

実施機関 : \_\_\_\_\_ 市・町・村

担 当 者 : \_\_\_\_\_