

適合判定受付時チェックシート（定期・巡回相談用）

※適合判定の予約が入った時に確認をして、相談日の前日までに身更相に提出して下さい。

対象者の氏名：

1. 補装具が完成して受け取って、使用開始した日はいつですか。

（※なお、最終的な補装具の引き渡しについては、適合判定を受けた後になります。）

年 月 日

2. 補装具を受け取ってから、合わない箇所があり、担当業者に調整してもらったことはありますか。ある場合は、どこが合わなくて、どのように調整をしてもらいましたか。

（例：補装具のベルトの長さが短くて着脱が難しかったため、ベルトの長さが長いものに変えてもらった。）

（例：内側が少しあたって痛かったので、装具を少し広げてもらった）

なし

ある（※ある場合は、どこが合わなくて、どのように調整してもらったかを下記に記入して下さい）

3. 今は補装具の調子は良いでしょうか。（あたって痛いところ等、不具合は無いでしょうか）

調子は良い

調子が悪い（※不具合がある場合は、担当業者に調整をしてもらってから適合判定を受けて下さい）

令和 年 月 日

市（町） 課

担当者 職氏名