調査書（義手・義足・装具）

氏名		
医療保険	□後期高齢　□国民健康保険　□社会保険　□生活保護	
治療中の疾病等		
同居家族	□配偶者　□子　□父親　□母親　□その他（　　）	
現在の生活場所	□自宅（□一軒家　□マンション　□アパート　□公営住宅　□その他） □施設（種類：　　名称：　　、入所年月日：　　） □医療機関（名称：　　入院日：　　、退院予定日：　　）	
職業	□無職　□就業（職種・職務内容：　　）	
所有中の 申請する装具	□なし	
	□あり	(1)費用　　：□自費購入　□制度購入　□医療保険　□労災 (2)購入年　：　　年 (3)買替理由：□故障・劣化　□身体状況の変化 □その他（　　） (4)修理可能性の店舗への確認：□した　□していない→確認後の申請を。
その他使用中の補装具		
申請する 補装具	(1)名称・型式： （左右がある場合）□右　□左　□両 (2)支給申請　：□新規申請　□再交付申請（前回交付：　　年） (3)使用目的　：□日常生活　□仕事　□通院　□通所　□通学 (4)使用場所　：□屋内　□屋外 (5)使用頻度　：１日　　時間、週　　日	
申請理由	今回の申請のきっかけを記載してください。 買替の場合は買替が必要な理由（身体状況の変化、故障の場合は破損部位など）を詳しく記載してください。	
一日の流れ	一日の流れを記載してください。（移動先、装具の使用タイミング（予定含む）、介護サービスの利用状況等）	
活動状況	申請する装具を使用することでどれくらい日常生活動作ができるようになるか記載してください。	
主治医や見積業者意見	申請にあたり、主治医や見積業者から注意事項や助言があれば記載してください。	