# 歩行器交付意見書（書面判定用）

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 本人 | 氏名 | | 性別 | 男　女 | 生年月日 | 大正、昭和、平成　　年　　月　　日 |
| | 住所 | | | | 電話番号 | |
| 障害名 | | | | | 等級 | 種　　級 |
| 身体状況 | （障害の状況及び歩行器を必要とする理由） | | | | | |
| 歩行器の種別 | <必要なものいずれかに〇印><br><br>四輪型（腰掛け付き）　（前二輪、後二輪の四輪車とし、前輪を自在輪とする。）<br>四輪型（腰掛けなし）　（同上）<br>三輪型　（前一輪、後二輪の三輪車とし、前輪を自在輪とする。）<br>二輪型　（前二輪、後固定式の脚を有する。）<br>固定型　（四脚を有し、使用時に持ち上げて移動させるもの。）<br>交互型　（四脚を有し、両二脚を交互に移動させるもの。） | | | | | |

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

医療機関の住所
電話番号
医療機関の名称
15 条指定医氏名　　印

※　状況により、身体障害者相談センターへの来所が必要な場合があります。

※　ご不明な点がありましたら、宮崎県身体障害者相談センター（☎0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。