

# 装具外来問診票

1 / 1

フリガナ  
患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

ご連絡先： \_\_\_\_\_

お申し込み者： 本人 ・ ( \_\_\_\_\_ )

## □問診 1

質問項目	
1. 受診理由・作製希望についてお答えください。	<input type="checkbox"/> 新規作成 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
(上記にて新規作成の方) 新たに作製するにあたり、希望の業者はありますか。	<input type="checkbox"/> ある (業者名： _____ ) <input type="checkbox"/> なし
2. 装具の種類	
3. 身体障害者手帳	_____ 種 _____ 級 上肢 _____ 級 / 下肢 _____ 級 / 体幹 _____ 級 / その他 _____ 級
4. 主病名	
5. 診断を受けた医療機関名	
6. 現在通院中の医療機関名	
現在使用されている装具がある方は、下記についてお答えください。	
7. 現在使用されている装具は、いつ頃作製されたものですか。	_____ 年頃
8. 現在使用されている装具を作製された業者はどちらですか。	業者名： _____

## □外来受診当日の持ち物など

説明項目	チェック欄
外来予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	<input type="checkbox"/>
身体障害者手帳を必ずお持ちください。	<input type="checkbox"/>
紹介状がある場合はお持ちください。	<input type="checkbox"/>
希望業者があれば同席されるよう、ご自身で調整をお願いします。	<input type="checkbox"/>