

補装具作製に関する情報提供のお願い

- 当センターで補装具作製をご希望される場合、利用者様に合った製品をご提供できるよう、情報提供にご協力をお願い致します。
- 下記事項は可能な範囲で全てご記載下さい。希望商品・オプションについては、希望理由も併せてご記載下さい。
- 作製相談の結果、希望される商品とは異なる商品で申請する場合があります。

上記を確認しましたので、下記の通り情報を提供します。

利用者氏名	
補装具の種類	
使用場所	
使用目的	
使用頻度	
希望商品(メーカー)	商品希望理由
希望オプション ※理由も併せてご記載下さい	
作製相談同席の有無	有・無
備考	

所 属 : _____

記入者 : _____

連絡先 : _____

記入日 : 年 月 日

- 本紙記入後は、保護者様にお渡し頂くか、下記連絡先まで FAX にてお送り下さい。

お問い合わせ先

京都府立こども発達支援センター 理学療法部門()

電話 : 0774-64-6141

FAX : 0774-64-6151