

記入例

補装具適合判定予約表

適合判定を希望する日を記入し、判定場所に○印を記入。
なお、リハセンでは、毎週水曜日午後1～3時に実施している。

補装具取扱業者名
担当者名
電話番号

業者名のほか、担当者名、電話番号も記入してください。

適合判定日 ■年 ●月 ▲日
適合判定場所 (リハセン・東淀川・港・城東)

No	来所No (リハセン記入)	※FAXの場合は記入しないでください 氏名	ケース番号	補装具名	完成 仮合せ	来所 現物	支給 券	適合部屋 番号(リハセン記入)
1			25-1234	右短下肢装具	完 仮	来 現	○	
2					完	来		

FAXでのご予約の際は、個人情報保護の観点から、氏名欄を記入せず、処方箋に記載のケース番号をもれなく記入。送付後、電話で対象者氏名を連絡してください。

義肢・装具・座位保持装置については、本人来所による仮合せを行います。「(仮」「来)」に○印
車椅子・電動車椅子については、完成品の現物検収を行います。「(完」「現)」に○印
完成品の現物検収を受けられる際は、見積書と支給券を併せてご持参ください。

5								
6					完 仮	来 現		
7					完 仮	来 現		
8					完 仮	来 現		
9					完 仮	来 現		
10					完 仮	来 現		
11					完 仮	来 現		

【ご注意ください】
完成品の現物検収は、出張判定時でも可能ですが、支給券への署名はリハビリテーションセンターでしか受付できませんので、ご注意ください。
※支給券の郵送不可

「業者各位」

- ※ 適合判定は、必ず区役所から支給券をもらってから予約を入れるようにして下さい。
- ※ 支給券の有無の確認をしますので、支給券がある場合は、支給券の欄に○印を入れて下さい。
- ※ なお適合判定の完成の時には、見積書と照合しますので、見積書を忘れずに持ってきて下さい。

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター
相談課 FAX：06-6797-8222