

# 使用している補装具や福祉用具

記入日（H〇〇年〇月〇日）

**補聴器（右）**  
事業所名： ●●●  
連絡先： ●●-●●●●●  
支給年月： H26年4月  
備考：

事業所名： \_\_\_\_\_  
連絡先： \_\_\_\_\_  
支給年月： \_\_\_\_\_ 年 月  
備考： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_  
連絡先： \_\_\_\_\_  
支給年月： \_\_\_\_\_ 年 月  
備考： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_  
連絡先： \_\_\_\_\_  
支給年月： \_\_\_\_\_ 年 月  
備考： \_\_\_\_\_

**両短下肢装具**  
事業所名： ●●●  
連絡先： ●●-●●●●●  
支給年月： H27年10月  
備考：

種類：  
車いす・歩行器・義肢・装具  
座位保持装置・訓練用ベッド  
補聴器・眼鏡・入浴補助用具  
頭部保護帽・ネブライザー  
電動式たん吸引器  
パルスオキシメーター など