

外骨格型歩行支援デバイス体験参加同意書

本体験は医療行為ではなく、製品体験を目的とするものです。内容をご確認のうえ、各項目にチェックをお願いいたします。

【体験の性質】

- ☐ 医療行為・診断・治療ではありません
- ☐ 医療保険は適用されません
- ☐ 医療的改善を保証するものではありません

【効果・個人差】

- ☐ 効果には個人差があります
- ☐ 一時的な疲労感・筋肉痛が生じる可能性があります

【安全・リスク】

- ☐ 転倒・バランス不良等のリスクを理解しています
- ☐ 体調不良時は直ちに申告します
- ☐ 既往歴・通院歴がある場合は事前に申告します

【責任範囲】

- ☐ 医療的診断・治療の代替にはなりません
- ☐ 通常想定されるリスクを理解したうえで参加します

【健康状態（該当項目にチェック）】

☐ 心疾患 ☐ 脳血管疾患 ☐ 整形外科手術歴 ☐ 通院中 ☐ 該当なし

参加者氏名（自署）：_____

生年月日：_____

住所：_____

電話番号：_____

同意日：____年__月__日

【未成年の場合】保護者署名：_____

【医療機関記載欄】担当 PT/OT：_____