

## 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：\_\_\_\_\_