

「リスト収載することが適当と認められるもの」とされた製品の
「既製品装具のリスト収載等検討ワーキンググループ」における評価

「リスト掲載することが適当と認められるもの」とされた製品(10品目)の評価 ①

○「既製品装具のリスト掲載等検討ワーキンググループ」において、リスト掲載の提案がされた21品目の提案書について、取扱説明書や写真等から提案書の記載内容の妥当性を全構成員が確認するとともに、その後、実物の装具を確認しながら、リスト掲載が適当と認められるかを審査した。

《提案書の記載内容について妥当性の確認》

※全構成員の書面等による事前審査

【補装具の基準を準用した場合】

① 装具の区分・名称・型式は妥当か。

【適応(対象疾患・症状)】

② 装具を必要とする「適応(対象疾患・症状)」は妥当か。

【装具の機能・目的】

③ 対象疾患・症状等に対する「装具の機能・目的」は妥当か。

④ 装具の構造等に対する「装具の機能・目的」は妥当か。

⑤ 対象疾患・症状に対して装具装着による治療効果(治療遂行上の必要性)が認められるか。

【装具装着の緊急性等】

⑥ 対象疾患・症状等による緊急処方が必要な場合、「緊急性の理由」は妥当か。

【医師の関与】

⑦ 対象疾患・症状や装具の構造等より、医師による装具の装着(適合)確認が必要と認められる装具か。

【療養の給付(現物給付)での対応の可否】

⑧ 対象疾患・症状や装具の構造より、療養の給付(固定帯やギプス)によらず、装着する必要(治療効果)が認められる装具か。

※審査対象の装具が保険医療材料(または保険医療材料と同程度のもの)でないか。

【義肢装具士の関与】

⑨ 「初回装着時の修正・調整作業」は妥当か。

⑩ 「患者に対する装着指導」は妥当か。

⑪ 「装着後のフォローアップ」は妥当か。

⑫ 上記⑨～⑪より、義肢装具士の関与が必要と認められる装具か。

【製品の試験・普及性】

(安全性試験等実施の有無、販売実績数、メーカー保証期間等)

⑬ 販売実績等をふまえ、製品の安全性が認められる装具であるか。

《書面等による提案書の記載内容について妥当性の確認結果》

製品名	検討WG	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
足関節サポーター6	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○
アドフィットUDカラー	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	○
アジャスタブルTXカラー	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	○
アドフィットUDブレイス	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	○
コックアップリストDP2	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○
コックアップリストDP3	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○
母指手関節固定装具	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○
CMシリコーン	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○
CMシリコーンハード	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○
ウルTRASリングⅢAB	第9回、第10回	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○

【適否について】 ○・・・適否について、適の事項

△・・・適否について、各構成員の意見が分かれた事項

×・・・適否について、否の事項

「リスト収載することが適当と認められるもの」とされた製品(10品目)の評価 ②

- リスト化の対象となる既製品は、
 - ① 完成品であること
 - ② 疾病または負傷の治療遂行上必要なものであること
 - ③ オーダーメイドで製作した場合のものと同等もしくはそれに準ずる機能が得られるものと認められるもの

であるが、「既製品装具のリスト収載検討ワーキンググループ」において、実物の装具を確認しながら、主に次の観点で認められる装具であれば、上記①から③に該当するものと考えられるとして、個々の装具に対してリスト収載が適当と認められるか審査を行った。

- ・治療遂行上必要(治療効果が高い)と認められる装具であるか。
- ・医師による装具の装着(適合)確認が必要と認められる装具であるか。
- ・療養の給付によらず、装着する必要(治療効果)が認められる装具であるか。
- ・義肢装具士の関与が必要と認められる装具であるか。
- ・販売実績や現物確認等をふまえ、製品の安全性が認められる装具であるか。

- 書面等による提案書の記載内容について妥当性の確認結果で各構成員の意見が分かれた項目がある製品であっても、その後の「既製品装具のリスト収載検討ワーキンググループ」の審査により、提案書に記載された適応症例を修正することでリスト収載品として適当とされた製品もあれば、逆に、安全性が認められないとしてリスト収載の検討としては継続審議が必要とされた製品もある。

- 今回提案のあった21品目のうち、10品目については、「既製品装具のリスト収載検討ワーキンググループ」において、上記のような書面等による審査と実物を確認しながらの審査を第9回と第10回の複数回議論を行ったうえで「リスト収載することが適当と認められるもの」と評価された製品である。

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号: 6

製 品 名	足関節サポーター6
メ ー カ ー 名	日本シグマックス(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により足関節の動揺を抑制し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト記載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:10

製 品 名	アドフィット UD カラー
メ ー カ ー 名	アドバンフィット(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により頸椎の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト掲載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:11

製 品 名	アジャスタブル TX カラー
メ ー カ ー 名	Aspen Medical Products 代理店 (株)リハビテック
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により頸椎の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト掲載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:12

製 品 名	アドフィット UD ブレイス
メ ー カ ー 名	アドバンフィット(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により頸椎の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト掲載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:15

製 品 名	コックアップリスト DP2
メ ー カ ー 名	Bioskin 代理店 (株)シラック・ジャパン
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[CE マーク取得]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により手関節の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト記載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:16

製 品 名	コックアップリスト DP3
メ ー カ ー 名	Bioskin 代理店(株)シラック・ジャパン
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[CE マーク取得]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により手関節の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト記載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:18

製 品 名	母指手関節固定装具
メ ー カ ー 名	日本シグマックス(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により母指と手関節の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト記載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:19

製 品 名	CM シリコーン
メ ー カ ー 名	中村ブレイス(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により母指CM関節の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト掲載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:20

製 品 名	CM シリコンハード
メ ー カ ー 名	中村ブレイス(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ. 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により母指CM関節の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト記載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>

療養費の支給対象としての適格性(評価表)

整理番号:21

製 品 名	ウルTRASリングⅢAB
メ ー カ ー 名	DJO 代理店 日本シグマックス(株)
医 師 の 関 与	<p>Ⓐ 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 対象疾患・症状や装具の構造等より、装具装着に医師の関与が高いものと認められない。</p>
義肢装具士の関与	<p>Ⓐ 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められる。</p> <p>B. 初回装着時の修正・調整作業、患者に対する装着指導、装着後のフォローアップに義肢装具士の関与が高いものと認められない。</p>
安 全 性	<p>Ⓐ 安全性試験又は品質試験等が実施されており、安全性については十分と認められる。</p> <p>B. 十分な販売実績があり、重大な事故についても報告されていないため、安全性については十分と認められる。</p> <p>C. 提出された資料からは、安全性について判断できない。</p> <p>D. その他[]</p>
治 療 上 の 有 用 性	<p>Ⓐ 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められる。 コメント: ・装具装着により肩関節の動きを制限し、安定化をはかることで治療効果が得られる。 ・固定帯やギプスで代替できない機能を装具が有し、治療上有効と考えられる。</p> <p>B. 対象疾患・症状に対し装具装着の治療効果は認められない。 コメント</p>
事 務 局 意 見	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>
リスト掲載が適当と認められるか。	<p>評価(適・継続審議・否のいずれかを選択): <input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ 継続審議 ・ 否</p> <p>コメント(継続審議又は:否の場合、その理由を必ず記載):</p>