

補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏 名				男 女	生年月日	年 月 日生		歳	
住 所									
障 が い 名									
原 因 とな っ た 疾 病 ・ 外 傷 名						交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
		疾病・外傷発生年月日		年 月 日		疾病・先天性・その他()			
障 が い の 状 況	身 体 の 状 況	上 肢 機 能							
		下 肢 機 能							
		人工呼吸器装着 1 あり 2 なし				経管栄養・胃ろう造設 1 あり 2 なし			
	意 思 伝 達 の 状 況	音 声 機 能		1 可能 2 なんとか可能 3 不可能					
				※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。					
		言 語 機 能		1 可能 2 なんとか可能 3 不可能					
				※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。					
	そ の 他								
意 思 伝 達 装 置 の 操 作 性		操 作 能 力 (知的能力等)		療育手帳の所持		1 あり (A ・ B) 2 なし			
		操作上利用可能な身体能力							
		操 作 意 欲							
意 思 伝 達 装 置 の 必 要 性 (使 用 効 果 見 込)		1 意思伝達装置でなくても良い(他で代用可能)				(詳しい状況)			
		2 意思伝達装置が望ましい場合がある							
		3 意思伝達装置が望ましい							
		4 意思伝達装置でなければならない							
☐ 借受け (本体)	部品名						期間	か月	
	理由								
必 要 と す る 装 置						入 力 装 置 (ス イ ッ チ) の 種 類			
☐ 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込) ☐ 固定台(自立スタンド式) ☐ 入力装置固定具 ☐ 固定台(アーム式又はテーブル置き式) ☐ 呼び鈴 ☐ 呼び鈴分岐装置						☐ 接点式 ☐ 筋電式 ☐ 光電式 ☐ 呼気式(吸気式) ☐ 空気圧式		☐ 帯電式 ☐ タッチ式 ☐ ピンタッチ式先端部 ☐ 圧電素子式 ☐ 視線検出式	
上 記 の と お り 意 見 し ま す 。 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 診 療 科 名 作 成 医 師 氏 名 印									

【記入上の留意事項】 (R8. 6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師(肢体不自由及び音声・言語機能障害)が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。

(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状

(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等

(3)その他参考となる事項
- 4 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び障がいの進行により、補装具の短期間での交換が必要である理由を記入すること。