

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) 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				(詳しい状況)		
□ 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】 (H30. 6)

- 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。
- 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。
- 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
- 「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。