

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)	
申 請 種 別		1 新規 2 再支給 3 修理		入 力 装 置 (ス イ ッ チ) の 種 類		
必 要 と す る 装 置				<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼吸式(吸気式)		
<input type="checkbox"/> 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込) <input type="checkbox"/> 固定台(自立スタンド式) <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 固定台(アーム式又はテーブル置き式) <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置				<input type="checkbox"/> 帯電式 <input type="checkbox"/> タッチ式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部 <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式		
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】

(H28.06)

- 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