

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	疾病・外傷発生年月日		年 月 日		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 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)		
<input type="checkbox"/> 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			
<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"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式) <input type="checkbox"/> 空気圧式		<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"/> 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。