

重度障害者用意思伝達装置 補装具費支給意見書

該当項目に必要な事項又は○印を記入してください

氏名			男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)			
障害名 (原傷病名) 疾病名		(身障手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載してください。)						
障害・ 疾病等 の 状 況	現在までの経過及び治療内容	(疾病の発生: 年 月)						
	運動障害	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他 ()						
	上肢機能	右	障害(なし ・ あり)		(具体的所見:筋力、関節拘縮など)			
		左	障害(なし ・ あり)					
	体幹機能	障害(なし ・ あり)						
	下肢機能	右	障害(なし ・ あり)					
		左	障害(なし ・ あり)					
	合併症等	音声・言語機能障害	なし・あり(発語が不明瞭・発声困難・発声不能)					
		人工呼吸器の使用	なし・あり(鼻マスク式・気管切開・その他)					
		視力・視野障害	なし・障害はあるが軽度・障害が重度					
		聴力障害	なし・障害はあるが軽度・障害が重度					
		知的・認知障害等	なし・障害はあるが軽度・障害が重度					
具体的所見:								
現在の意思伝達の状況	可能 不十分 困難 不可能							
	具体的な方法及び状況:							
使用経験	なし ・ 試用を行った ・ 使用していた							
	機種:							
操作方法	使用する場所	ベッド ・ 車椅子 ・ その他 ()						
	スイッチ操作を行う身体部位							
	具体的方法:							
使用効果見込み								

名称(購入又は借受け)	☐ 文字等走査入力方式 (文字盤又はシンボル等の選択による意思の表示等の機能を有する簡易なもの) 機種名 () ☐ 簡易な環境制御機能が付加されたもの ☐ 高度な環境制御機能が付加されたもの ☐ 通信機能が付加されたもの	
	☐ 生体現象方式 (生体信号の検出装置及び解析装置) 機種名 () ☐ 特例補装具 機種名 ()	
付属品(購入又は交換)	☐ 購入が適当	☐ 借受けが適当 理由 : ☐ 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要なため ☐ 障害の進行により、補装具の短期間での交換が想定されるため ☐ 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要なため ☐ その他 () 借受け期間: 月(最長1年を原則とします)
	☐ 固定台(アーム式 ・ テーブル置き式 ・ 自立スタンド式) ☐ 入力装置固定具 (※視線検出式入力装置の場合は、必要な理由をチェック又は記入すること) { ☐ 仰臥位で使用するため、スイッチがずれたり落下する危険性が高いため ☐ 画面を90度以上曲げて使用する必要があり、スイッチが画面と干渉してしまうため ☐ 別の場所でも使用することがあり、その都度スイッチを取り外す必要があるため ☐ その他 () ☐ 呼び鈴 ☐ 呼び鈴分岐装置 ☐ 接点式入力装置(スイッチ名:) ☐ 帯電式入力装置(スイッチ名:) ☐ 筋電式入力装置(スイッチ名:) ☐ 光電式入力装置(スイッチ名:) ☐ 呼気(吸気)式入力装置(スイッチ名:) ☐ 圧電素子式入力装置(スイッチ名:) ☐ 空気圧式入力装置(スイッチ名:) ☐ 視線検出式入力装置(スイッチ名:) ☐ 遠隔制御装置 ☐ プリンタ 市販品のスイッチが必要な場合は、理由を記載し機能、価格等が明記されたカタログを添付してください。 ()	
その他特記事項		

上記のとおり意見する。 年 月 日	
医療機関名 診療科目名 医師氏名 意見書作成医の資格 ☐ 身障法第15条指定医 ☐ その他()	

適合確認 年 月 日 確認者 職氏名
