

補装具費支給(難病患者等)意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏 名		生年月日	年 月 日生(歳)
住 所			
疾 患 名			
医 学 的 所 見	身体症状 変動状況 日内変動		
	使用中の補装具	車椅子・座位保持装置・歩行器・つえ・その他()	
	日常生活動作	自立 部分介助() 全介助	
	座 位 保 持	座位保持可 要補助(背もたれ・ベルト・頭部支え・その他)	
	上 肢 機 能	自動運動：可・不可・一部可() 不随意運動()	
	意思伝達状況	音声言語(構音障害：有・無) 伝達手段(使用機器等)	
	呼 吸 状 態	人工呼吸器の利用 (有 無) 有の場合の装着時間 1日約 時間程度	
	摂 食 機 能	経口にて可能 経管栄養 胃瘻造設	
	実用操作身体部位	身体部位 動作状況	
	使用経験の有無 (有 無)	使用機種 使用期間 年 月 ~ 年 月 計 回(月・週・日) 使用状況 []	
処 方 内 容	〔 装置本体 〕	〔 スイッチ 〕	
	機種・製品名・メーカー等	接点式	光電式
〔 製作要素 〕	固定台	帯電式	呼気式
	入力装置固定具	筋電式	圧電素子式
	呼び鈴	空気圧式	視線検出式
使 用 効 果			
上記のとおり意見します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 医療機関名 診 療 科 医 師 名 </div>			

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。また、これに加えて難病法第6条第1項に基づく指定医が作成すること。