

補装具費支給意見書(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			
障 害 名			
医学的所見	障害の部位及びその状況		
	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 使用状況	年 月 ~ 年 月 計 回(月・週・日)	
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
使用効果	[製作要素]	帯電式	呼気式
	固定台	筋電式	圧電素子式
	入力装置固定具 呼び鈴	空気圧式	視線検出式
上記のとおり意見します。 年 月 日			
医療機関名 診 療 科 医 師 名			

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。