

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 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	
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			印	

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。