

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 〕 機種・製品名・メーカー等 | 〔 スイッチ 〕 | |
| | 〔 製作要素 〕 固定台 入力装置固定具 呼び鈴 | 接点式 帯電式 筋電式 空気圧式 | 光電式 呼気式 圧電素子式 視線検出式 |
| 使用 効果 | | | |
| 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。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。