

補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所				
障害名	(種 級)			
原因となった疾病・外傷名とその経過				
身体状況 ・ 障害状況	(重度障害者用意思伝達装置を必要と認める理由が明確となるように記載する)			
	① 上肢			
	② 下肢			
	③ 音声 ・ 言語機能	発声・発語		
		言語の理解		
	④ 視力・視野障害	無・有(程度)		
	⑤ 聴覚障害	無・有(程度)		
	⑥ 知的障害	無・有(程度)		
	⑦ 経管栄養	無・有(胃瘻・鼻腔)		
	⑧ 気管切開	無・有(年 月 日)		
	⑨ 人工呼吸器の使用	無・有 使用開始(年 月 日) 使用時間(常時・ 時間/日・夜間のみ)		
⑩ 機器※の操作能力	※ 機器 : 携帯用会話補助装置・キーボード・マウス・トラックボール・スイッチなど 操作部位 : 上肢・手指・下肢・足部・頭部・顔筋・口唇 眼瞼・呼気・前頭部・その他() 操作能力 : 可・一部介助・不可			
⑪ その他				
コミュニケーション 現在の 方法	① 口頭での意思疎通 : 可・わずかに可・不可			
	② 口頭以外での意思疎通 方法 : 手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤 その他() 程度 : 可・わずかに可・不可			
使用効果見込み (注:借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する。)				
上記のとおり意見する 年 月 日				
病院または診療所名				
所在地				
診療担当科名		作成医師氏名		

この意見書は、身体障害者福祉法第15条指定医、又は指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成すること

◇意見書作成上のお願ひ◇

- この意見書は補装具費の支給判定を行う際の判断の基準とさせていただきます。ご面倒でも記入漏れのありませんようお願いいたします。
- 該当する項目に○、各項目で記入する内容がある場合は記入してください。
- 「身体状況・障害状況」については当該補装具を必要と認める理由や操作方法を含め、状況がわかるよう、具体的にご記入ください。
- 「使用効果見込み」については当該補装具を使用することによる生活改善の見込みや使用目的について具体的にご記入ください。

◇処方箋作成上のお願ひ◇

- 必要と考えられる本体、付属品、入力装置について、身体状況上必要となるものについてチェックし、具体的に機種名を記入してください。
- 特別な仕様が必要である場合などはその旨をご記入ください。
- 担当療法士と併せて検討した場合は、担当者名の記入もお願いいたします。

問合せ先：香川県障害福祉相談所 成人課

TEL (087)867-2696

処方箋(重度障害者用意思伝達装置)

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	T E L ()		
	使用場所 : 自宅 ・ 病院 ・ その他()		
障害名	(種 級)		
本 体	重度障害者用意思伝達装置		機種名
	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 (プリンタ : 要 ・ 不要)		
	<input type="checkbox"/> 通信機能が付加されたもの		
	<input type="checkbox"/> 環境制御機能が付加されたもの		
付 属 品	<input type="checkbox"/> 生体現象方式		機種名
	<input type="checkbox"/> 固定台		
	<input type="checkbox"/> アーム式 <input type="checkbox"/> テーブル置き式 <input type="checkbox"/> 自立スタンド式		
	<input type="checkbox"/> 入力装置固定具		
入 力 装 置	<input type="checkbox"/> 呼び鈴		機種名
	<input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置		
	<input type="checkbox"/> 接点式入力装置		
	<input type="checkbox"/> 帯電式入力装置		
	<input type="checkbox"/> タッチ式加算 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部加算		
	<input type="checkbox"/> 筋電式入力装置		
	<input type="checkbox"/> 光電式入力装置		
	<input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式)入力装置		
<input type="checkbox"/> 圧電素子式入力装置			
<input type="checkbox"/> 空気圧式入力装置			
<input type="checkbox"/> 遠隔制御装置			
留意事項 ・ その他			
処 方	年 月 日	担当PT・OT・ST:	
	医師:	業者:	
適合判定	年 月 日	担当者:	