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 〕 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　光電式 帯電式　呼気式 筋電式　圧電素子式 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

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。