

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 大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住所			
障害名及び原因となった疾病（ <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 難病以外）・外傷名			
身障手帳：肢体不自由（ ）級、音声・言語機能障害（ ）級 【等級（ ）級】			
障害の状況（補装具を必要とする理由が明確となるよう、上肢、下肢、言語の障害状況を記載する）			
入力操作可能部位	手・指・足・額・頬・舌・顎・眼・呼気・視線・その他（ ）		
意思伝達装置試行期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
試行結果 使用効果見込			
処方内容	【本体】	【付属品等】	【入力装置等（スイッチ等）】
	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 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"/> 接点式（ ） <input type="checkbox"/> 帯電式（ ） <input type="checkbox"/> 筋電式（ ） <input type="checkbox"/> 光電式（ ） <input type="checkbox"/> 呼気式・吸気式（ ） <input type="checkbox"/> 圧電素子式（ ） <input type="checkbox"/> 空気圧式（ ） <input type="checkbox"/> 視線検出式（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置
	<input type="checkbox"/> 生体现象方式 機種名	<input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置	
<input type="checkbox"/> 本体修理			
上記のとおり意見書を提出する			
年 月 日			
病院又は診療所名			
所在地			
診療担当科名			
作成医師氏名			
Ⓜ			

*****以下は身体障害者更生相談所で記入します*****

重度障害者用意思伝達装置の交付は（適当・不適當）である。

年 月 日