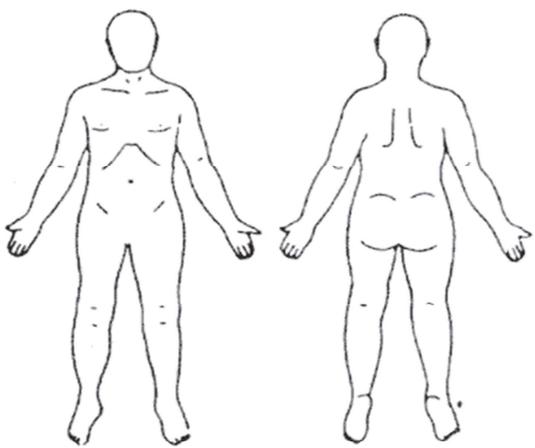


補装具費支給意見書(意思伝達装置用)

氏名		年 月 日 (歳)
住所		
障害名	(種 級)	
疾患名	※障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病)に該当(口する・口しない) 疾患名()	
身体状況・障害・疾患等の状況	<p>1 経過</p> <p>2 現症・障害の総合所見 ※ 特記事項</p> <p style="text-align: center;">参 考 図 示</p> <div style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;"> ×変形 切離断 感覚障害 運動障害 </p> <p style="text-align: center;">(注) 関係ない部分は記入不要</p> </div> <p>ROM制限 無・有(部位・程度)</p> <p>食事 (自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>排泄 (自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>体位変換(自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>座位保持(自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>3 失語 無・有(種類: 程度:)</p> <p>4 構音障害 無・有(程度:)</p> <p>5 視覚障害 無・有(程度:)</p> <p>6 聴覚障害 無・有(程度:)</p> <p>7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間(常時・ 時間/日・ 夜間のみ) 使用開始(年 月 日より)</p> <p>8 気管切開 無・有 (年 月 日より)</p> <p>9 認知機能 (問題なし・支援が必要・判断不可)</p>	

<p>本人の意思伝達能力の状況</p>	<p>1 音声言語での意思疎通 (可能・音声言語のみでは困難で書字等の方法と併用・全く不可能)</p> <p>2 音声言語以外での意思疎通 方法:手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤・その他() 程度:可能・僅かに可能・不可能</p> <p>3 機器※の操作能力 ※機器の例 キーボード・マウス・トラックボール・携帯用会話装置(意思伝達装置を除く) 程度 上肢(可能・僅かに可能・不可能)使用機器() 下肢(可能・僅かに可能・不可能)使用機器() 頭部・呼気等(可能・僅かに可能・不可能)使用機器()</p>
<p>意思伝達装置の使用状況</p>	<p>1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の勧め</p> <p>2 装置の使用期間 (年 月 日から・未使用) 試用期間(年 月 日～ 年 月 日)</p> <p>3 使用頻度(1日あたり 時間使用、週 日間使用)</p> <p>4 使用機種 ① ソフトウェアを搭載した専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血流量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>5 操作能力 本人(独力で可能・一部介助・不可能)連続使用時間(1回当たり 時間 分) 介護者等操作時の協力者(独力で可能・一部介助・不可能)</p> <p>6 操作部位 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他()</p> <p>7 使用場所 ①自宅 ②施設/病院(施設名:)</p>
<p>処方内容・使用効果</p>	<p>1 処方機種 ① ソフトウェアを搭載した専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血流量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>2 付属品 スイッチ() センサー() その他 ()</p> <p>3 操作部位 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他()</p> <p>4 使用効果 ① 意思伝達が可能となる ② その他()</p>
<p>年 月 日</p> <p>病院名 診療科 医師名</p> <p>(身障法 15 条指定医師、障害者総合支援法第 59 条第 1 項の指定医療機関、 難病医療拠点病院医師又は難病協力医療機関医師であること)</p>	