様式２－９（表面）

**補装具費支給に関する意見書（重度障害者用意思伝達装置用）**

**※太枠欄は記入しないでください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **身　体　障　害　者　更　生　相　談　所　審　査　欄** | |
| 審査結果 | １　適当　　　２　不適当　　　３　要確認 |
| 【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】 |
| 審査医師 | 印 |
| 審査年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 男･女 | 生年  月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住　　　所 |  | | | | | 歳 |
| 手帳障害名 | □肢体　□音声・言語　□その他（　　　　　　　） | | | | 手帳障害等級 | 級 |
| 原因となった疾病・外傷名 | □先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 疾病・外傷  発生年月 | 年　　　月ごろ | | | | | |
| 現在の  上下肢機能等  の状況 | 【 **ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。** 】 | | | | | |
| 音声・言語  機能の状況 | □　発声不能　　□　聴き取れない　　□なんとか聴き取れる　　□　聴取可能 | | | | | |
| 人工呼吸器  の装着 | □　あり　　□　なし | | | | | |
| 知的操作能力 | □　可能　　□　今後の習熟により可能　　□　不可能 | | | | | |

裏面に続く

様式２－９（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 操　作　上  利用可能な  身体能力 | | □顔 | 部位 |  | 動作 |  |
| □首、頭 | 部位 |  | 動作 |  |
| □上肢 | 部位 |  | 動作 |  |
| □下肢 | 部位 |  | 動作 |  |
| □その他 | 部位 |  | 動作 |  |
| 処方補装具 | 製作区分 | □新規　□再製作　□修理　□借受け  ＊再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。 | | | | |
| 形式 | □文字等走査入力方式　　□生体現象方式  商品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 必要とする装　　　置 | □本体　　□固定台　　□呼び鈴　　□入力装置固定具　　□呼び鈴分岐装置  □プリンタ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入力装置（スイッチ）の種類 | □接点式　　　□帯電式（□タッチ式入力装置　□ピンタッチ式先端部）  □筋電式　　　□光電式　　　□呼気式（吸気式）　　□圧電素子式  □空気圧式　　□視線検出式　□遠隔制御装置  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 補装具製作にあたっての  留意点 | |  | | | | |
| 使用効果見込 | | ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。 | | | | |
| 上記のとおり意見します。  　　年　　月　　日  医療機関名  所在地  作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　　　　（　　　　　）   * 下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）   □　身体障害者福祉法第１５条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）  □　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）  □　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師  □【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第１項に基づき都道府県が定める医師 | | | | | | |