

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 不相当 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	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 音声・言語 <input type="checkbox"/> その他 ()		手帳障害等級	級
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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	【 F I MやB I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	<input type="checkbox"/> 発声不能 <input type="checkbox"/> 聴き取れない <input type="checkbox"/> なんとか聴き取れる <input type="checkbox"/> 聴取可能			
人工呼吸器 の 装 着	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
知的操作能力	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 今後の習熟により可能 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 顔	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> 首、頭	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> 上肢	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> 下肢	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> その他	部位		動作	
処方 補装具	製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <input type="checkbox"/> 生体現象方式 商品名 ()			
	必要とする 装置	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> 固定台 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 <input type="checkbox"/> プリンタ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入力装置 (スイッチ) の種類	<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 (<input type="checkbox"/> タッチ式入力装置 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部) <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"/> 遠隔制御装置 <input type="checkbox"/> 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 電話番号 () 印					
※ 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。) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 【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					