

様式 2 - 8 (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 *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 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"/> 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 <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"/> 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。)

- 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】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)
- ※注 専門医とは、平成 19 年厚生労働省告示第 108 号第 1 条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。