

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）

氏名				生年月日 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・呼吸・視線・その他（ ）				
意思伝達装置試行期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
試行結果 使用効果見込					
処方内容	【本体】 <input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 機種名 <input type="checkbox"/> 生体现象方式 機種名 <input type="checkbox"/> 本体修理	【付属品等】 <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"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置	【入力装置等（スイッチ等）】 <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"/> 呼吸式・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		
上記のとおり意見する 令和 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（自署） （自署でない場合は氏名の右に押印してください。）					

*****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支給は（適当・不適当）である。

令和 年 月 日

兵庫県立身体障害者更生相談所 医師（自署）