

補装具費支給意見書及び処方（重度障害者意思伝達装置用）

氏名	男・女		年	月	日生	()	歳
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令 で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ ☐ する ☐ しない）							
身障手帳：肢体不自由（ ）級、音声・言語機能障害（ ）級 【等級（ ）級】							
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する 【種目名別コード】 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。）							
障害の状況（下記補装具を必要と認める理由が明確となるようにご記載ください。）							
現 症 お よ び 予 後	上肢機能						
	下肢機能						
	音声・ 言語機能	発声・ 発語					
		言語の 理解					
重度障害者意思伝達装置 を必要と認める理由							
必 要 と 認 め る 補 装 具 方	補装具の種類、名称： 重度障害者用意思伝達装置（						方式）
	処 方	本体	☐ 文字等走査入力方式 （付加機能： ☐ 簡易な環境制御機能 ・ ☐ 高度な環境制御機能 ・ ☐ 通信機能） （ ☐ 本体付属品：プリンタ） ☐ 生体現象方式				機種名
		修理基準	☐ 本体修理				修理内容
		修理基準（付属品等）	☐ 固定式（ ☐ アーム式、 ☐ テーブル置き式、 ☐ 自立スタンド式） ☐ 入力装置固定具 ☐ 呼び鈴 ☐ 呼び鈴分岐装置				機種名
		修理基準（スイッチ）	☐ 接点式 ☐ 帯電式（ ☐ タッチ式加算、 ☐ ピンタッチ式先端部 加算） ☐ 筋電式 ☐ 光電式 ☐ 呼気（吸気）式 ☐ 圧電素子式 ☐ 空気圧式 ☐ 視線検出式 ☐ 遠隔制御装置				機種名
使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。） （仮受け ☐ する ☐ しない）							
使用場所 ： ☐ 住宅 ☐ 病院 ☐ その他（ ）							
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院または診療所名 所 在 地 診 療 担 当 科 目 作 成 医 師 氏 名 ☐							

重 度 障 害 者 意 思 伝 達 装 置 調 査 書

氏名	男・女	年 月 日生 () 歳
住居	使用場所 : ☐ 在 宅 ☐ 病 院 ☐ その他 ()	
支援者 状況	家族構成 () 人 内訳 : 主な介助者 : 家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか : ☐ いない ☐ いる () 保 健 師 、 訪 問 看 護 、 ヘ ル パ ー 等 の 支 援 ・ サ ー ビ ス の 利 用 状 況 ☐ 無 ☐ 有 (どんなサービス : 利用頻度)	
希望機種	☐ 無 ☐ 有 ()	
身体状況	知 的 障 害 : (手 帳 : ☐ 無 ・ ☐ 有 [A () ・ B ()]) 聴 覚 障 害 : ☐ 無 ☐ 有 (手 帳 : ☐ 無 ☐ 有 [級]) 音声・言語機能 : ☐ 会話可能 ☐ 家族ら特定の人となら会話可能 ☐ 会話不可 視力・視野障害 : ☐ 無 ☐ 有 (手 帳 : ☐ 無 ☐ 有 [級]) 経 管 栄 養 : ☐ 無 ☐ 有 (☐ 鼻 腔 ☐ 胃 瘻) 気 管 切 開 : ☐ 無 ☐ 有 人工呼吸器の使用 : ☐ 無 ☐ 有 (具体的に)	
現在のコミュニケーション方法について	文字盤の使用 ☐ 無 ☐ 有 ☐ その他 () ☐ 文字を指す ☐ 視線を合わせる ☐ 瞬きをする ☐ 舌をならす ☐ その他 () 理由 ()	
	呼び鈴の使用 ☐ 無 ☐ 有 ☐ その他 () 使用場面 ☐ 誰かを呼ぶ ☐ トイレの時 ☐ たん吸引 ☐ その他 () 使用機種・スイッチの種類 ()	
	問いかけへの意思表示 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 表情 (どこを動かすか :) ☐ 合図 (どこを動かすか :)	
	主に誰とコミュニケーションをとるのか、又はとりたいか。 伝達内容として多いのはどんな内容か (具体的に記載してください) 困っていることは何か デモ機について 使用 : ☐ 無 ☐ 有	
	機械の操作に関する理解力 : ☐ 問題なし ☐ 問題あり ()	
使用目的		
調査者意見 調査年月日 : 年 月 日 担当課 : 記入者 :		