補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置用）

氏名	昭・平・令　　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。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。）

補装具の種類、名称　：　重度障害者用意思伝達装置（　　方式）

処方（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）

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） □　固定台（□　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） □　接点式入力装置 □　帯電式入力装置 （□　タッチ式加算　、□　ピンタッチ式先端部加算） □　筋電式入力装置 □　光電式入力装置 □　呼気式（吸気式）入力装置 □　圧電素子式入力装置 □　空気圧式入力装置 □　視線検出式入力装置 □　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。）

使用場所　：　□在宅　　□病院　　□その他（　　）

上記のとおり意見する

令和　　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　　(印)