

## 補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）

 購入 修理（交換） 借受け 特例

氏名	
生年月日	年 月 日生（ ）歳
住所	新潟県

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1-①病名	1-②障害名・障害部位
<b>2. 現在の具体的な障害状況</b> ①身体機能（筋力、麻痺、感覚障害など）  ②現在の意思伝達の状況 <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 50音読み上げ <input type="checkbox"/> Yes-Noサイン(瞬き/指さし) その他（ ） ③気管切開と人工呼吸器の使用有無 <input type="checkbox"/> 有(気管切開/人工呼吸器) <input type="checkbox"/> いずれも無 <input type="checkbox"/> 予定あり(気管切開/人工呼吸器)【 年 月頃】 ④その他（視力、視野、聴覚、高次脳機能障害等の有無、意思伝達装置使用への影響の有無など）	
<b>3. 必要と考えられる装置</b> ①機種・製品名 _____ ②入力装置の種類と操作方法 <input type="checkbox"/> タッチ式【部位： _____】 <input type="checkbox"/> 視線検出式 <input type="checkbox"/> 呼気検出式 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
<b>4. 必要な理由</b>	
<b>5. 使用頻度 ※①～③すべての欄を記入してください。</b> ①1日あたり _____ 時間程度    ②1週あたり _____ 日間程度    ③連続使用時間 _____ 時間程度	
<b>6. 試用（デモ）状況の詳細</b> *可能であれば動画を添付してください。	
<b>7. 補装具使用による効果の見込み</b>	

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医療機関

診療科・医師名 \_\_\_\_\_