

補装具医学意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

氏 名		生年月日	年 月 日生 () 歳
住 所			
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 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)		
	身障手帳: 肢体不自由 () 級、音声・言語機能 () 級 【等級 () 級】		
対象者	両上下肢の機能の全廃及び言語機能を喪失(見込みを含む)した者、難病患者等については、言語機能の喪失(見込みを含む)及び神経・筋疾患である者、かつ、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。		
障 害 ・ 疾 患 等 の 状 況	意思伝達能力障害 (有 ・ 無) (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。) 上肢 下肢 音声・言語(発声・発語、言語の理解)		
補装具の 種目、名称	重度障害者用意思伝達装置		
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に記載する。)		
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その理由が明確となるように記載する。)		
試行期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
試行の結果			
上記のとおり意見する 平成 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			

印