

身体障害者医学的判定カード

【重度障害者用意思伝達装置用】補装具費支給意見書

支給対象者は両上下肢とも機能全廃及び言語機能喪失相当の者で、
意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者とします。

身体障害者更生相談所
(和歌山県)

フリガナ 氏名	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
障害の 経過 病名 部位	発症： 年 月 日 原因： 疾病・労災・その他の事故・先天性・その他 () 起因病名： ALS・脊髄損傷・脳血管障害・CP・その他 () 部位：	
障害の 状況 (現症)	[意思伝達装置を必要と認める理由が明確となるよう記載する] 上肢： 下肢： 言語等：	
スイッチ操作可能部位 手・指・足・額・頬・舌・顎・眼・呼吸・その他 ()		
試行期間： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
試行による結果：		
処方： 本体・付属品(スイッチ種別)等		
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 </div>		

※ 本意見書のみで補装具の決定が困難な場合もあり、対象者を訪問の上判定することもあります。