

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

R2年改正

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・令和 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：	
入力装置操作部位 上肢・手指・下肢・頭頸部・顔面・舌・顎・眼・呼吸・その他 操作の可能性→ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
試行期間： 年 月 日 ～ 年 月 日		
試行による結果： 操作の理解力→ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・意思伝達の実用性→ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
処方： 本体→ 入力装置→接点式・帯電式・筋電式・圧電素子式・視線検出式 他		
上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名		

印

※ 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。