

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
2. 現在の具体的な障害状況 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 ☐ 発声 ☐ 筆談 ☐ 読唇 ☐ 文字盤 ☐ 50音読み上げ ☐ 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 ☐ 有(気管切開／人工呼吸器) ☐ いずれも無 ☐ 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）	
3. 必要と考えられる装置 ①機種・製品名 _____ ②入力装置の種類と操作方法 ☐ タッチ式【部位： _____】 ☐ 視線検出式 ☐ 呼気検出式 ☐ その他（ _____ ）	
4. 必要な理由	
5. 使用頻度 ※①～③すべての欄を記入してください。 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	
6. 試用（デモ）状況の詳細 *可能であれば動画を添付してください。	
7. 補装具使用による効果の見込み	

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医 療 機 関 _____
診療科・医師名 _____