補装具・様式１４：表

補装具費支給意見書 （重度障害者用意思伝達装置用）

氏　名		男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
住　所				
疾患名	（難病患者の場合は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に規定する疾患名を記載のこと） (1) 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（□する・□しない）。 (2) (1)で該当「する」の場合、進行性疾患に該当（□する・□しない）。			
発症年月日				
障害名			身体障害者手帳	級

身体状況・障害状況

１経過

２現症・障害の総合所見

1) 可動部位　頚　（　）・前額部（　）
眼　瞼（　）・舌　（　）
肩　（　）・肘　（　）
前　腕（　）・手関節（　）
手　指（　）・足関節（　）
足　指（　）・その他（　）

2) 欠損など形態異常　無・有(部位・程度　)

3) 運動失調　無・有（部位・程度　）

4) 不随意運動　無・有（部位・程度　）

5) 感覚障害　無・有（部位・程度　）

6) 上肢能力　(食事動作：可能・介助にて可能・不可能)（書字動作：可能・不可能）

7) 下肢能力　(起立：介助にて可能・不可能)（歩行：介助にて可能・不可能）

8) 座位能力　(可能：背もたれで可能・座位保持装置等で可能・不可能)

9) 視覚障害　無・有（程度　）

10) 聴覚障害　無・有（程度　）

11) 構音障害　無・有（程度　）

12) 人工呼吸器の使用　無・有
使用時間（常時・　時間／日・夜間のみ）使用開始（　年　月より）

13) 気管切開　無・　有（　年　月　日より）

14) その他医学的管理状況

補装具・様式１４：裏

意思伝達能力の状況	1　文字の理解 （漢字・ひらがな・カタカナ・数字・絵文字） 2　言語の理解 （ほぼ理解できる・簡単な言葉ならわかる・殆ど理解できない・不明） 3　知的障害等　無・有（程度：　療育手帳　） 4　口話での意思疎通（可能・何とか可能・不可能） 5　口話以外での意思疎通 方　法　手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤・その他（　） 程　度　可能・何とか可能・不可能
意思伝達装置の使用状況	1　使用の動機　①本人の希望　②家族（　）の希望　③関係者（　）の薦め 2　今まで使ったことがありますか。(試用も含む) ①はい　②いいえ 『“はい”と回答された方は以下の項目に記入をお願いします。』 3　使用期間　（　年　月　～　年　月　） 4　使用頻度 1日あたり約　時間使用、週に約　日間使用 5　使用機種 ①ソフトウェアを搭載した専用機器（製品名：　） ②生体現象（脳血流等）を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名：　) 6　操作能力　本人（独力で可能・一部介助・不可能）連続使用時間（　分／回） 7　操作部位　上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前頭部・その他（　） 8　使用場所　①自宅　②施設／病院（施設名：　）
必要と考えられる機種・付属品等	1　機種　（製品名：　） ①ソフトウェアを搭載した専用機器 ②生体現象（脳血流等を）利用し「はい・いいえ」を判定するもの 2　付属品その他 （　） 3　操作部位 （　）
使用効果見込み	
上記のとおり意見する 年　月　日 病院又は診療所名 診療科 医師名	

補装具・様式１４：説明資料

◇ 補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）作成上のお願い◇

この意見書は補装具費の判定処方を行う際の判断の基準とさせて頂くものです。ご面倒でも記入漏れのありませんようお願いします。

○経過

障害の原因となる疾患名（難病患者の場合は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に規定する疾患名を記載）、合併症及び経過などについて、記入して下さい。

難病患者等で進行性の疾患であり、症状の急速な進行が見込まれる場合には、「２現症・障害の総合所見」に詳細を記入してください。

○総合所見

重度障害者用意思伝達装置の支給が必要と認める理由が明確となるよう、記入して下さい。

○該当する項目に○、各項目で記入する内容がある場合は、記入してください。

○意思伝達能力の状況

知的障害等は無・有に○印を、有の場合は程度または療育手帳所持の場合は「Ａ・Ｂ」を記入して下さい。

○意思伝達装置の使用状況

試用も含めて使用経験のある場合は、１～８全ての項目に記入して下さい。

○必要と考えられる機種・付属品等

機種については①または②に○印を、身体状況上必要となる付属品等はその名称を具体的に記入して下さい。

○使用効果見込みについて

当該補装具を使用することによる生活改善の見込み・使用目的について具体的に記入して下さい。

○担当療法士も併せて検討した場合等、担当者名の記入もお願いします。

問合せ先：岡山県身体障害者更生相談所
TEL　（086）235－4577