

補装具費支給意見書・処方箋（重度障害者用意思伝達装置）

様式 14-1

氏 名			男・女	生年月日	MTSH 年 月 日	歳
住 所						
障害名		(級)				
原傷病名及び 発症年月日		※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）で、音声・言語機能障害および神経・筋疾患に該当（ ☐ する ☐ しない） (発症年月日 年 月頃)				
発症から現在 までの経過						
現 在 の 身 体 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に記載してください。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状況等についても記載してください。				
	自動運動が 可能な部位	※該当する項目全てにチェックを入れてください。その他の場合は（ ）に具体的に記載してください。 ☐ 目蓋 ☐ 眉 ☐ 頬 ☐ 顎 ☐ 舌 ☐ 頸 ☐ その他（ ） 右 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 指（第 指） ☐ 股 ☐ 膝 ☐ 足指（第 趾） 左 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 指（第 指） ☐ 股 ☐ 膝 ☐ 足指（第 趾）				
	機器操作の 状況	※可または不可のどちらかにチェックを入れてください。可の場合は操作可能な部位を（ ）に記載してください。 ①操作手順の理解 ☐ 可 ☐ 不可 ②上肢について a キーボード操作 ☐ 可（身体部位： ） ☐ 不可 b マウス操作 ☐ 可（身体部位： ） ☐ 不可 c 意思伝達装置に用いられる特殊なスイッチ操作 ☐ 可（身体部位： ） ☐ 不可 ③下肢について a キーボード操作 ☐ 可（身体部位： ） ☐ 不可 b マウス操作 ☐ 可（身体部位： ） ☐ 不可 c 意思伝達装置に用いられる特殊なスイッチ操作 ☐ 可（身体部位： ） ☐ 不可				
	音声・言語 機能	※身体障害者手帳に音声・言語機能障害の記載がない場合及び難病患者等は特に、症状の経過、現症等を詳しく記載してください。				
	音声による 意思伝達の 状況	※該当する項目にチェックを入れてください。その他の場合は（ ）に具体的に記載してください。 ☐ 家族との会話の用をなさない ☐ 家族との会話の一部可能である ☐ 家族との会話は可能であるが、家庭周辺において他人には殆ど用をなさない ☐ 日常の会話が可能であるが不明瞭で不便がある ☐ その他（ ）				
	気管切開の有無及び、人工呼吸管理の状況					
	その他（視力、視野、聴覚、高次脳機能障害等の有無及び、意思伝達装置使用への影響の有無について記載してください）					
進行性の疾病で、急激な症状の進行により早期に意思伝達装置の導入が必要な理由等 ※症状や今後の見込みについて詳しく記入してください。						

必要と認める補装具	補装具の種目：重度障害者用意思伝達装置		製品名（メーカー名）
	処 方	本体 ☐ 文字等走査入力方式 （文字盤又はボール等の選択による意思の表示等の機能を有する簡易なもの） ☐ 付加機能の必要性あり ☐ 簡易な環境制御機能 ☐ 高度な環境制御機能 ☐ 通信機能 本体付属品 ☐ プリンタ ☐ 生体現象方式	
		修理基準 ☐ 本体修理 修理内容：	
		付属品等 ☐ 固定台 （☐ アーム式 ☐ テーブル置き式 ☐ 自立スタンド式） ☐ 入力装置固定具 ☐ 呼び鈴 ☐ 呼び鈴分岐装置	
		スイッチ等 ☐ 接点式入力装置（スイッチ） ☐ 帯電式入力装置（スイッチ） ☐ タッチ式入力装置加算 ☐ ピンタッチ式先端部加算 ☐ 筋電式入力装置（スイッチ） ☐ 光電式入力装置（スイッチ） ☐ 呼気式（吸気式）入力装置（スイッチ） ☐ 圧電素子式入力装置（スイッチ） ☐ 空気圧式入力装置（スイッチ） ☐ 視線検出式入力装置（スイッチ） ☐ 遠隔制御装置	
使用効果見込み			
特記事項			
上記のとおり意見、処方する。 平成 年 月 日		所 在 地 医 療 機 関 名 診 療 科 名 医 師 氏 名	印
上記処方により医学的に適合したことを証明する。 平成 年 月 日		所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名	印
平成 年 月 日 製品検査		職 ・ 氏 名	印