

第1号様式4

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   | 住所    |  | 明大昭平                                  | 年 月 日生 |
| 障害名又は疾患名         |   |   | 原傷病名  |  | 身体障害者手帳の所持状況<br>有・無・申請中<br>等級（申請等級） 級 |        |
| 現病歴              |   |   |       |  |                                       |        |
| 現症               | 音声言語機能（発声・発語、言語理解）<br>[ ]<br>コミュニケーション手段 [ 口話・手話・文字盤・パソコン・その他（ ） ]<br>視覚状況 [ ] 聴覚状況 [ ]<br>自動運動が可能な部位 [ 目蓋 眉 頬 顎 首 ]<br>[ 右：上肢（肩 肘 手指） 下肢（股 膝 足 足指） ]<br>[ 左：上肢（肩 肘 手指） 下肢（股 膝 足 足指） ]<br>その他医学的状況<br>[ ] |   |       |  |                                       |        |
| 補装具製作上の名称又は修理部位見 | 基本構造  | 1 文字等走査入力方式（簡易制御機能付加・高度制御機能付加・通信機能付加）<br>2 生体現象方式   |       |  |                                       |        |
|                  | 付属品   | 3 固定台（アーム式・テーブル置き式・自立スタンド式）<br>4 入力装置固定具 5 呼び鈴 6 呼び鈴分岐装置<br>7 スイッチ<br>（接点式・帯電式・筋電式・光電式・呼気（吸気）式・圧電素子式・空気圧式）<br>8 遠隔制御装置 9 その他（ ） |       |  |                                       |        |
|                  |   | 概算額   |       |  |                                       | 円      |
| 特例補装具費支給の必要性・意見  |   |   |       |  |                                       |        |
| 補装具使用による効果       |   |   |       |  |                                       |        |
| 医療機関名            |   |   | 担当医師名 |  |                                       |        |
|                  |   |   | 印     |  |                                       |        |
| 所在地              |   |   | 記載年月日 |  |                                       |        |
|                  |   |   | 年 月 日 |  |                                       |        |