

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置用）作成上の注意点

この意見書は、重度障害者用意思伝達装置の判定を行う際に必要となりますので、記入漏れのないようにお願いいたします。記入については以下の点に御留意ください。

1 身体障害者手帳

身体障害者手帳の等級を記入してください。

2 原因となった疾病・外傷名

原因となった疾病・外傷名を記入してください。

身体障害者手帳を所持しておらず、障害者総合支援法に基づく特殊の疾病（難病等）に該当する場合は、その名称を記入し、□にチェックしてください。

3 障害・疾患等の状況

- ・肢体不自由、音声言語障害により日常生活でのコミュニケーションが制限されている状態、現在のコミュニケーション手段について記入してください。
- ・環境制御装置や通信機能などの機能が必要な場合にはその必要性について記入してください。
- ・疾病の進行等による今後のコミュニケーションの問題(概ね1年以内)について、具体的に記入してください。

4 必要と認める補装具

次の事項について、記入をお願いします。

・入力方式

- ① 文字等走査入力方式（簡易なもの）
- ② 文字等走査入力方式（簡易な環境制御装置が付加されたもの）
- ③ 文字等走査入力方式（高度な環境制御装置が付加されたもの）
- ④ 文字等走査入力方式（通信機能が付加されたもの）
- ⑤ 生体現象方式

・機器の製品名

メーカー、製品名等を記入してください。

・付属品 必要な項目を記入してください。

入力装置：接点式、帯電式、筋電式、光電式、呼(吸)気式、
圧電素子式、空気圧式、視線検出式

付属品：固定台、呼び鈴、呼び鈴分岐装置等

・使用効果見込み

重度障害者用意思伝達装置を使用することによる生活改善の見込みやなどを具体的に記入してください。

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置用）			意見書の種類 は間違っていないか？
氏 名	栃木 太郎		男・女
生年月日	〇〇年12月26日 〇〇歳		
住 所	栃木県宇都宮市駒生町3337-1		
身体障害者 手帳	等 級	1種1級	
	障害名	両上肢の機能を全廃したもの 両下肢の機能を全廃したもの 音声機能・言語機能又はそしゃく機能の喪失	
原因となった疾病・外傷名 筋萎縮性側索硬化症			身体障害者手帳は交付されているか？ また、障害名は手帳の障害名が正しく記入されているか？ ※両上下肢・音声言語機能の全廃が前提。
※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）			
障害・疾患等の状況 （注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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等についても記載し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。）			進行性疾患 ☒ 該当 ☐ 非該当
令和〇年5月に発症し全身の筋力低下に伴い構音、嚥下機能が低下。 令和〇年4月から人工呼吸器装着し、現在は意思伝達装置によらなければコミュニケーションがとれない状態である。			支給決定手続 ☒ 迅速 ☐ 一般
必要と認める補装具	処方内容	該当項目に○をつけ、必要事項を括弧内に記載する 入力方式 1 文字等走査入力方式（簡易なもの） 2 文字等走査入力方式（簡易な環境制御機能が付加されたもの） ③ 文字等走査入力方式（高度な環境制御機能が付加されたもの） 4 文字等走査入力方式（通信機能が付加されたもの） 5 生体現象方式 機器の製品名（ 付 属 品 1 入力装置（ピエゾニューマティックセンサー） 2 そ の 他（固定台、呼び鈴、呼び鈴分岐装置） （注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）	
	使用効果見込み	（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。） 使用することにより家族とのコミュニケーションが可能となる。	
上記のとおり意見する。 〇〇年 4月 1日 病院又は診療所名 医療法人◇◇会 △△病院 所 在 地 ☆☆市〇〇町1234番地5 診療担当科名 神経内科 作成医師氏名 栃木 桃太郎 印			
意見書は概ね6ヶ月以内に作成されたものか？		15条指定医で、かつ、指定を受けた種目の医師の記載かどうか？	