

補装具費支給意見書・処方箋(重度障害者用意思伝達装置)

第10号様式

氏名				生年月日	T H	S R	年	月	日	歳	
住所	使用場所： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()										
障害名及び原因となった 疾病・外傷名 ※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 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)											
身障手帳：肢体不自由()級、音声・言語機能障害()級 【等級 種 級】											
発症から現在までの経過											
現在の 身体 状況	補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する。 難病患者等については、身体症状等の変動状況や日動変動等についても記載する。										
	上肢機能										
	下肢機能										
	音声・ 言語機能	発声・ 発語									
		言語の 理解									
	機器操作 の状況		操作手順の理解 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 意思伝達装置に用いられる特殊なスイッチ操作 <input type="checkbox"/> 可(身体部位:) <input type="checkbox"/> 不可								
	音声による 意思伝達 の状況		<input type="checkbox"/> 家族との会話が用をなさない <input type="checkbox"/> 家族との会話が一部可能である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 日常の会話が可能であるが不明瞭で不便がある。 <input type="checkbox"/> その他()								
	気管切開の有無及び、人工呼吸器管理の状況										
	その他(視力、視野、聴覚、小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。)										
	進行性の疾患で、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載してください。										

(令和6年4月1日から適用)

【 処方内容:重度障害者用意思伝達装置 】(裏)

第10号様式

	名称	重度障害者用意思伝達装置	機種名
必要と認める補装具	処方	本体 <input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 (ソフトウェアが組み込まれた専用機器) 付加機能 <input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 通信機能 本体付属品 <input type="checkbox"/> プリンタ <input type="checkbox"/> 生体现象方式	
		修理基準 <input type="checkbox"/> 本体修理 修理内容:	
		付属品等 <input type="checkbox"/> 固定台 <input type="checkbox"/> アーム式 <input type="checkbox"/> テーブル置き式 <input type="checkbox"/> 自立スタンド式 <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置	
		スイッチ等 <input type="checkbox"/> 接点式入力装置 <input type="checkbox"/> 帯電式入力装置 <input type="checkbox"/> タッチ式加算 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部加算 <input type="checkbox"/> 筋電式入力装置 <input type="checkbox"/> 光電式入力装置 <input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式)入力装置 <input type="checkbox"/> 圧電素子式入力装置 <input type="checkbox"/> 空気圧式入力装置 <input type="checkbox"/> 視線検出式入力装置 <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置	
使用効果見込み	(本体を借り受けることが適当な場合は、1年後の障害の進行の予想が明記されていること。)		
特記事項	借受の意向(なし ・ あり)		
上記のとおり処方いたします。 令和 年 月 日 医療機関名 所 在 指 定 医 師			

(令和6年4月1日から適用)