補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置)

	氏 名			生年月日	年	月	日生(歳)
	障 害 名							
障害現症および予後	四肢・体幹障害	※上下肢の可動域、筋力、握力、随意運動の状態等を必ず記載してください。						
	音声・言語機能障害	※音声・言語機能の状態、喉頭・構音器官の障害、発声機能等を必ず記載してください。						
	その他		言語表出力の状態、知的 施 □無 □有([てください。	
		気管切開 □無 □有 (閉鎖見込 □無 □有) 人工呼吸器の使用 □無 □有 (離脱見込 □無 □有)						
		意思疎通の 方法	□音声言語による □文字盤 □意思疎□その他(るうなつ	うき・首振り	□筆談))
	意思疎通の状況	上記手段に よる意思 疎通の状況	※上記手段による意思	伝達の内容や意	意思疎通の状況を	具体的に	記載してくださ	<u>.</u>

本体							
(製品名・型式)							
	1 入力装置(製品名:)						
	(1) 接点式入力装置 (2) 帯電式入力装置 (3) 筋電式入力装置						
	(4) 光電式入力装置 (5) 呼気式(吸気式)入力装置 (6) 圧電素子式入力装置						
	(7) 空気圧式入力装置 (8) 視線検出式入力方式 (9) 特例補装具 						
	2 固定台(製品名:)						
付属品	(1) アーム式 (2) テーブル置き式 (3) 自立スタンド式						
	3 入力装置固定具 (製品名:						
	4 呼び鈴 (製品名:)						
	5 呼び鈴分岐装置 (製品名:)						
	6 遠隔制御装置 (製品名:)						
	7 その他()						
	※上記本体及び付属品を必要とする理由を具体的に記載してください。						
上記本体及び付							
属品を選定した							
経過と理由							
	※急速に進行する難病で特に支給が急がれる場合は、疾病名の他に直近の進行状況を明確に記載してください。						
備考							
NH 75							
,							
上記のとおり意見	見する。						
年	月 日						
	医療機関名						
	所 在 地						
	診療担当科名						
	作成医師名						