

補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

氏名

年 月 日生(歳)

住所

障害名

身体障害者手帳 種 級

病名

1 経過及び現症(画像診断等を含む)

2 障害の総合所見

身体状況・
障害状況

MMT (右上肢: 右手指: 左上肢: 左手指:)
(右下肢: 左下肢: 頭頸部: 体 幹:)

ROM制限 無・有 (部位・程度:)
欠損など形態異常 無・有 (部位・程度:)
運動失調 無・有 (部位・程度:)
不随意運動等 無・有 (部位・程度:)
感覚障害 無・有 (部位・程度:)
上肢能力 (食事動作: 可能・介助にて可能・不可能)
下肢能力 (起立: 可能・介助にて可能・不可能) (歩行: 可能・介助にて可能・不可能)
座位能力 (可能・背もたれで可能・支持装置で可能・不可能)

3 失語 無・有 (種類: 程度:)

4 構音障害 無・有 (程度:)

5 視覚障害 無・有 (程度:)

6 聴覚障害 無・有 (程度:)

7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間(常時・ 時間/日・夜間のみ) 使用開始(年 月 日より)
機種()

8 気管切開 無・有 (年 月 日より)

9 知的障害等 無・有 (程度: 愛の手帳 度)

意思伝達能力の状況	<p>1 口頭での意思疎通 (可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能)</p> <p>2 口頭以外での意思疎通 方法: 手指の動き ・ 眼球運動 ・ 開閉眼 ・ 口形 ・ 文字盤 ・ その他() 程度: 可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能</p> <p>3 機器*の操作能力 ※機器の例 キーボードやマウス ・ トラックボール ・ 携帯用会話補助装置等 (意思伝達装置を除く) 程度: 上肢 (可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能) 使用機器() 下肢 (可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能) 使用機器() 頭部、呼吸等 (可能 ・ 僅かに可能 ・ 不可能) 使用機器()</p>
意思伝達装置の使用状況	<p>1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の勧め</p> <p>2 装置の使用期間 (年 月 日から ・ 未使用) 試用期間(年 月 日～ 年 月 日)</p> <p>3 使用頻度 (1日当たり 時間使用、週に 日間使用)</p> <p>4 使用機種 ① ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>5 操作能力 本人 (独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能) 連続使用時間(1回当たり 時間 分) 介護者 (独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能)</p> <p>6 操作部位: 上肢 ・ 手指 ・ 下肢 ・ 足部 ・ 口唇 ・ 眼瞼 ・ 前額部 ・ その他()</p> <p>7 使用場所 ①自宅 ②施設 / 病院(施設名:)</p>
処方内容・使用効果	<p>1 処方機種 ① ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>2 付属品 スイッチ() センサー() その他 ()</p> <p>3 操作部位: 上肢 ・ 手指 ・ 下肢 ・ 足部 ・ 口唇 ・ 眼瞼 ・ 前額部 ・ その他()</p> <p>4 使用効果 ①意思伝達が可能となる ②その他()</p>
申請の意向等	<p>購入(借受けの意向 有・無)・借受け・修理 借受け理由: 障害の進行 ・ 成長 ・ 購入前の試用 借受け期間: カ月 (最大12ヵ月) 事業者名: </p>
<p style="text-align: center;">年 月 日 病院・保健所名</p> <p style="text-align: center;">診療科</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>	

意見書は、身体障害者福祉法第15条1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。

ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

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処方を行う際の判断の基準にさせていただくためのものです。ご面倒でも記入漏れのないようお願いいたします。記入については下記を参照してください。

身体状況・障害状況

1 経過及び現症(画像診断を含む)

障害の原因となる疾患、合併症、及び経過などについて、記入してください。

2 障害の総合所見

障害の総合所見、及びMMT、ROM制限、欠損など形態異常、運動失調、不随意運動等、感覚障害、上肢能力、下肢能力、座位能力の該当する項目に○、必要に応じて()に記入してください。

3 失語 無・有に○、有の場合は失語の種類、及び程度を記入してください。

4 構音障害 無・有に○、有の場合は程度を記入してください。

5 視覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入してください。

6 聴覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入してください。

7 人工呼吸器の使用 無・有に○、有の場合は使用時間、使用開始日、及び機種を記入してください。

8 気管切開 無・有に○、有の場合は年月日を記入してください。

9 知的障害等 無・有に○、有の場合は程度、また愛の手帳所持の場合は度数を記入してください。

意思伝達能力の状況

1 口頭での意思疎通 該当する項目に○を記入してください。

2 口頭以外での意思疎通 該当する項目に○、又は、その他()に記入してください。

3 機器の操作能力 程度の該当するものに○、また使用機器を()に記入してください。

意思伝達装置の使用状況

1 装置を使用する動機 該当するものに○、または()に記入してください。

2 装置の使用期間(試用の場合を含む) 該当するものに○、または()に記入してください。

3 使用頻度 1日当たりの使用時間、及び週当たりの使用日数を()に記入してください。

4 使用機種 該当する機種に○、()に製品名を記入してください。

5 操作能力 本人と介護者の両方の能力を記入してください。

6 操作部位 該当する部位に○、または、その他()に記入してください。

7 使用場所 自宅、施設/病院の別に○、施設/病院の場合は施設名を記入してください。

処方内容・使用効果

1 処方機種 該当する機種に○、()に製品名を記入してください。

2 付属品(スイッチ・センサー・その他) 該当するものを()に記入してください。

3 操作部位 該当する部位に○、または、その他()に記入してください。

4 使用効果 該当するものに○、または、その他()に記入してください。

申請の意向等：該当する意向に○をつけてください。

借受けを選択した場合は該当する理由に○をつけてください。

借受け期間を記入してください。

不明な点はセンターにお問い合わせください。

東京都心身障害者福祉センター 障害認定課 身体障害担当 電話 03-3235-2965

多摩支所 判定担当 電話 042-573-3311