

重度障害者用意思伝達装置意見書

氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日 () 歳
住所				手帳等級	種 級
障害名	(身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。)				
医 学 的 所 見	①現在までの経過、治療の内容・期間、その他参考となる事項 (傷病の発生年月日 年 月 日)				
	②現症(レントゲン・各種検査所見を含む)(検査日 年 月 日)				
	身長()cm、体重()kg、握力 右()kg・左()kg				
	③参考となる合併症				
	④現在の意思伝達の方法				
	⑤日常生活の活動制限の有無(安静を要する場合はその程度)				
⑥総合所見(重度障害者用意思伝達装置を必要とする医学的理由)					

重度障害者用意思伝達装置の処方	装置名称	機種名： <input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 (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 (<input type="checkbox"/> 本体付属品：プリンタ) <input type="checkbox"/> 生体现象方式
	使用目的	
	操作源及び操作方法	
付属品の処方	<input type="checkbox"/> 固定台(アーム式・テーブル置き台) <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 <input type="checkbox"/> 接点式入力装置(スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 帯電式入力装置(スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 筋電式入力装置(スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 光電式入力装置(スイッチ名：) <input type="checkbox"/> (呼気・吸気)式入力装置(スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 圧電素子式入力装置(スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置 <input type="checkbox"/> その他：()	
使用経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
その他特記事項(使用上の留意事項、型式の希望等)		
上記のとおりである。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 身障法15条指定医師氏名 印		

※ 重度障害者用意思伝達装置の処方及び付属品の欄は現時点で必要なもののみ✓をつけてください。

※ 状況により身体障害者更生相談所の事前調査を行います。