

補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

氏名	男・女	昭・平	年	月	日生()	歳	
住	TEL ()						
所 使用場所	: 在宅 病院 その他()						
障害名及び原因となった疾病・外傷名							
身障手帳：肢体不自由()級、音声・言語機能障害()級 【等級()級】							
障害の状況(下記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)							
現 症 状 お よ び 予 後	上肢機能						
	下肢機能						
	音声・ 言語機能	発声・ 発語 言語の 理解					
重度障害者用意思伝達装置を必要と認める理由							
必 要 と 認 め る 補 装 具	補装具の種類、名称 重度障害者用意思伝達装置						
	処 方	本体	文字等走査入力方式 (付加機能： 通信機能 ・ 環境制御機能) (本体付属品：プリンタ) 生体現象方式				機種名
		修理基準					
使用効果見込み							
上記のとおり意見する							
年 月 日							
病院または診療所名							
所在地							
診療担当科目							
作成医師氏名							
						(印)	