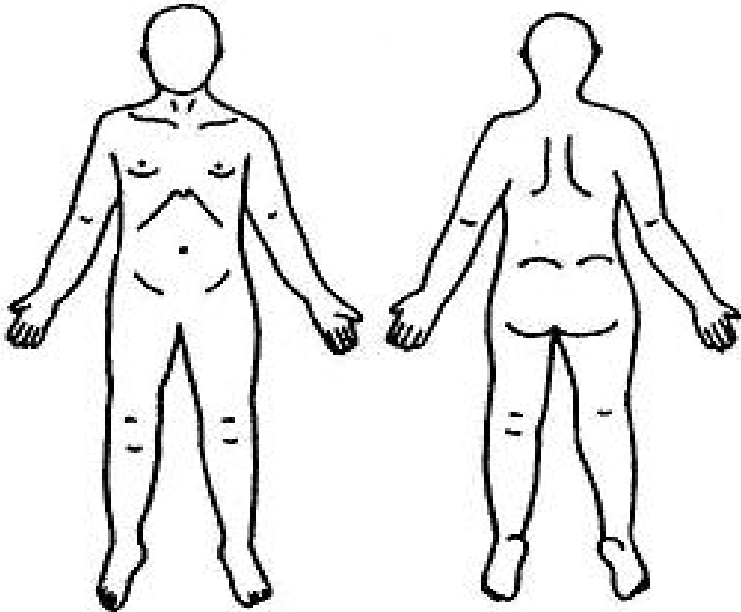





補装具支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)	
住所					
障害名					
病名				難病等に該当(□する・□しない)	
身体・障害状況	1 経過				
	2 現症・障害の総合所見				
	参考図示				
					
	×変形  切離断  感覚障害  運動障害				
	・ROM制限	無	・有(部位・程度))	
	・欠損など形態以上	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)			
・座位能力	(歩行 : 可能 ・ 介助にて可能 ・ 不可能)				
・座位能力	(可能 ・ 介助にて可能 ・ 不可能)				
3 発語障害	無	・有(部位・程度))		
4 視覚障害	無	・有(部位・程度))		
5 聴覚障害	無	・有(部位・程度))		
6 人工呼吸の使用	無	・有(使用時間 : 常時	時間/日 ・ 夜間のみ))	
	使用開始(年 月	日より)(機種名)	
7 気管切開	無	・有(年 月 日より))	
8 知的障害	無	・有(程度:	療育手帳)	