

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）の記入要領

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・基準にさせていただきますためのものです。ご面倒でも記入漏れのないようにお願いします。

なお、記入にあたっては、下記を参照して下さい。

身体状況・障害状況

1 経過及び現症

障害の原因となる疾患、合併症、及び経過などについて、記入して下さい。

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（ ）に記入して下さい。

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下さい。

4 構音障害 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。

5 視覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。

6 聴覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。

7 人工呼吸器の使用 無・有に○、有の場合は使用期限、使用開始日、及び機種を記入して下さい。

8 気管切開 無・有に○、有の場合は年月日を記入して下さい。

9 知的障害等 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。

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○を記入して下さい。

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

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（ ）に記入して下さい。

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○、又は、（ ）に記入して下さい。

2 装置の使用期間（試用の場合を含む） 該当するものに○、又は、（ ）に記入して下さい。

3 使用機種 該当する機種に○、（ ）に製品名を記入して下さい。

4 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（ ）に記入して下さい。

5 操作能力 本人と介護者の両方の能力を記入して下さい。

- 6 操作部位 該当する部位に○、又は、その他（ ）に記入して下さい。
- 7 使用場所 自宅、施設／病院の別に○、施設／病院の場合は施設／病院名を記入して下さい。

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下さい。
- 2 附属品（スイッチ・センサー・その他） 該当する者を（ ）に記入して下さい。
- 3 操作部位 該当する部位に○、又は、その他（ ）に記入して下さい。
- 4 使用効果 該当する部位に○、又は、その他（ ）に記入して下さい。

不明な点は相談所にお問い合わせ下さい。

沖縄県身体障害者更生相談所

相談判定班 補装具担当

電 話（０９８）８８６－２１１５

FAX（０９８）８８６－７９９０