

記入例

意見書（特殊マット（B）申請用）

次のとおり診断します。

氏 名	那覇 花子	男・女	男・女	明・大・昭・平	〇〇年	〇 月	〇 日生（ 〇〇 才）
住 所	那覇市泉崎 1-1-1						
障 害 名	脳梗塞による両上下肢機能障害（1級） 身体障害者手帳 1 種 1 級 療育手帳 有（ A ・ B ） 無						
生 活 地	在宅 施設入所中 入院中 その他 ※施設・病院名等（ ）						
障 害 の 状 況	身体 状況	体 位 変 換	不可能 可能				
		介 護	常に介護を要する 介護を要しない				
		褥 瘡	あり（ 臀部 ） なし				
	意思 伝達 状況	口語での意思疎通	不可能 動作で可能 言語で可能				
医 師 所 見	※病状の経過、及び対象者にとって特殊マット（B）が必要かどうかできるだけ詳しくご記入ください。 例）平成〇年〇月〇日に脳梗塞を発症。〇〇病院にて治療を受け平成〇年〇月〇日在宅に戻る。現在も寝たきり状態。自発呼吸はあるが、意思疎通不可。これまでもたびたび臀部に褥瘡ができ治療を受けているが、完治していない。誤嚥性肺炎も繰り返していたため、平成〇年〇月〇日、△△病院にて胃瘻造設。随意運動が出来ず、体位変換困難なためエアーマットが早急に必要な状態である。						
上記のとおり、特殊マット（B）の必要性が（ 有る ・ ない ）と認められます。							
記載年月日 ： 平成 〇〇年 〇 月 〇 日 医療機関名 △△△クリニック 医療機関所在地 那覇市〇〇1-2-3 電話番号 098-123-1234 FAX 098-123-2345 医 師 名 沖縄 太郎 印 医師個人印							

（注）この意見書は、下肢又は体幹機能障害 1 級の身体障害者手帳所持者で、体位変換困難であり常時介護を要するものの特殊マット（B）給付申請に必要なものです。要件を満たしていない場合は給付対象外となります。