

＜那覇市作成記入例＞

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）	
(フリガナ) 氏名	ナハ タロウ 那覇 太郎 (男)・女) (昭)・平 ○年 ○月 ○日生 (○歳)
住所	那覇市泉崎1-1-1
障害名	筋萎縮性側索硬化症による両上肢の機能全廃(1級) 筋萎縮性側索硬化症による両下肢の機能全廃(1級)
病名	筋萎縮性側索硬化症(ALS) ※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患（難病等）に該当（ <input checked="" type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない）
<p>身体状況・障害状況</p> <p>1 経過及び現症</p> <p style="color: red;">例)平成○年頃から、右手両上肢脱力から発症したALS患者である。徐々に嚥下機能障害、四肢筋萎縮、筋力低下が進行している。また経過中、呼吸筋麻痺症状が出現し平成○年○月から非侵襲的陽圧呼吸による補助呼吸を主として夜間に導入している。</p> <p style="color: red;">日常生活動作はほぼ全介助である。</p> <p>※難病患者については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する</p> <p>2 障害の総合所見</p> <p style="color: red;">例)嚥下困難、四肢筋萎縮、筋力低下、呼吸筋麻痺、立位、歩行困難、自力での食事摂取、排泄、入浴、着脱衣不能。</p> <p style="margin-top: 20px;">MMT（右上肢：0 右下肢：1-2 右手指：1 左手指：1 ） （左上肢：0 左下肢：1-2 頭頸部：3 体幹：3 ）</p> <p>ROM制限 (無)・有（部位・程度： ） 欠損など形態異常 (無)・有（部位・程度： ） 運動失調 (無)・有（部位・程度： ） 不随意運動等 (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） （歩行：可能・介助にて可能・不可能） 座位能力（可能・背もたれで可能・支持装置で可能・不可能）</p> <p>3 失語 (無)・有（種類： 程度： ）</p> <p>4 構音障害 (無)・有（程度： ）</p>	

- 5 視覚障害 無・有（程度： ）
- 6 聴覚障害 無・有（程度： **例)夜間中心に** ）
- 7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間（常時・**12**時間／日・夜間のみ）
機種（ **〇〇会社(品名)** ）
- 8 気管切開 無・有（ 年 月 日より） **例)予定あり**
- 9 知的障害等 無・有（程度： ）

意思伝達能力の状況

- 1 口頭での意思疎通 可能・僅かに可能・不可能
- 2 口頭以外での意思疎通
方法：手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤・その他（ ）
程度：可能・僅かに可能・不可能
- 3 機器の操作能力
*機器の例 キーボードやマウス・トラックボール・携帯用会話補助装置（意思伝達装置を除く）
程度：上肢（可能・僅かに可能・不可能）使用機器（**例)マウス**）
下肢（可能・僅かに可能・不可能）使用機器（**例)キーボード**）
頭部、呼気等（可能・僅かに可能・不可能）
使用機器（ ）

例)ただし今後、気管切開を予定している。そうなれば口頭での意思疎通は困難になる。

意思伝達装置の使用状況

- 1 使用の動機 ① 本人の希望 ② 家族（ ）
③ 関係者（ ）の勧め
- 2 装置の使用期間（ 年 月 日から・未使用）
試用期間（ 年 月 日から 年 月 日）
- 3 使用機種 ① ソフトウェアを搭載した専用機器
（製品名： ）
② 生体现象（脳血流量等）を利用し「はい・いいえ」を判定するもの
（製品名： ）

- 4 使用頻度 (1日当たり 時間使用、週に 日間使用)
- 5 操作能力 本人 (独力で可能・一部介助・不可能)
 連続使用時間 (1日当たり 時間 分)
 介護者 (独力で可能・一部介助・不可能)
- 6 操作部位 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部
 その他 ()
- 7 使用場所 ① 自宅 ② 施設/病院 (施設名:)

処方内容・使用効果

- 1 処方機種 ① ソフトウェアを搭載した専用機器
 (製品名: ○○)
 ② 生体现象 (脳血流量等) を利用し「はい・いいえ」を
 判定するもの
 (製品名:)
- 2 附属品 スイッチ (例)接点式入力装置)
 センサー ()
 その他 (例)固定台、入力装置固定台)
- 3 操作部位 上肢 (手指) 下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部
 その他 ()
- 4 使用効果 ① 意思伝達が可能となる。
 ② その他 ()

(*見積書及びカタログ等を添付)

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関名 医療機関名

医師名 記入医師名

医療機関印

記載医師印

印

印

注) 身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師が作成のこと。

審査の結果、補装具の支給は、(適当 不適當) と認める。

平成 年 月 日

判定医

印

※沖縄県身体障害者更生相談所が記入

(沖縄県身体障害者更生相談所)