

**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	(男・女)	年 月 日生 ( 歳)
住所		
障害名		
病名	※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 type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない）	

**身体状況・障害状況**

1 経過及び現症

※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

2 障害の総合所見

MMT（右上肢： 右下肢： 右手指： 左手指： ）  
 （左上肢： 左下肢： 頭頸部： 体 幹： ）

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）

3 失語 無・有（種類： 程度： ）

4 構音障害 無・有（程度： ）

5 視覚障害 無・有（程度： ）

6 聴覚障害 無・有（程度： ）

7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間（常時・ 時間／日・夜間のみ）  
機種（ ）

8 気管切開 無・有（ 年 月 日より）

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（ ）

下肢（可能・僅かに可能・不可能）使用機器（ ）

頭部、呼気等（可能・僅かに可能・不可能）

使用機器（ ）

#### 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 生体現象（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 生体現象 (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 ( )  
 センサー ( )  
 その他 ( )
- 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 )

年 月 日

医療機関名

印

医師名

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、( 相当 不相当 ) と認める。

年 月 日

判定医

印

(沖縄県身体障害者更生相談所)