

# 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・ <input checked="" type="radio"/> 女	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 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)				<input checked="" type="radio"/> 無
生活地	<input checked="" type="radio"/> 在宅	<input type="radio"/> 施設入所中	<input type="radio"/> 入院中	<input type="radio"/> その他	※施設・病院名等 ( )		
障害の状況	身体状況	体位変換	<input checked="" type="radio"/> 不可能	可能			
		介護	<input checked="" type="radio"/> 常に介護を要する	介護を要しない			
		褥瘡	<input checked="" type="radio"/> あり ( <b>臀部</b> )	なし			
	意思伝達状況	口語での意思疎通	<input checked="" type="radio"/> 不可能	動作で可能		言語で可能	
医師所見	<p>※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。</p> <p>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。</p>						
<p>上記のとおり、特殊マット（B）の必要性が ( <input checked="" type="radio"/>ある ・ <input type="radio"/>ない ) と認められます。</p> <p>記載年月日 : 平成 〇〇年 〇月 〇日</p> <p>医療機関名 <b>△△△クリニック</b></p> <p>医療機関所在地 <b>那覇市〇〇1-2-3</b></p> <p>電話番号 <b>098-123-1234</b> FAX <b>098-123-2345</b></p> <p>医師名 <b>沖縄 太郎</b></p> <p style="text-align: right;"><input checked="" type="radio"/>印 <b>医師個人印</b></p>							

(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。