補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置)

	購入	□ 修理(交換)	□ 借受け	+		特例	
氏 名								
生年月日		年	月	日	生	()歳	
住所	新潟県							
すべての)項目について	、できるだけ詳細	にご記入くだ	さい。				
1 - ①病				1-2障害名・	障害部位	<u></u>		
2. 現在	Eの具体的な障	害状況						
①身体機	幾能 (筋力、麻	痺、感覚障害など	<u>"</u>)					
②現在σ)意思伝達の状	況						
□ 発声			□ 文字盤	□ 50音読み上	げ	☐ Yes-Noサ-	か(瞬き/指る	さし)
	—)他()	
③気管切	リ開と人工呼吸	器の使用有無					ŕ	
│ │	気管切開/人エ		いずれも無	□ 予定あり	(気管切開	/人工呼吸器)【	· (年 <i>,</i>	月頃】
 ④その他(視力、視野、聴覚、高次脳機能障害等の有無、意思伝達装置使用への影響の有無など)								
	と考えられる	装置						
①機種・		//>-						_
	も置の種類と操	作方法		□ 視線検	L		+∆.1.1. -1.	
	□ タッチ式【部位:□ スの(h) (出式	凵 呼丸	検出式	
)他()	
4. 必要	そな埋田							
5. 使用	月頻度 ※①~	③すべての欄を詞	こ 記入してくださ	い。				
①1日あ	たり	時間程度 ②1	週あたり	日間程度	③連約	売使用時間 _	時間	間程度
6. 試用](デモ)状況	の詳細	*可能であれば	 動画を添付してく	ださい。	<u> </u>		
7 1* 1-	より仕中に しょ	対田の日13.75						
/ . 棚姿 	長具使用による	別米の兄込み						
上記のと	おり、診断し		, , , , 1/1	88				
	年	月 日	医療機	関				

診療科・医師名