

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）の記入要領

この意見書は、重度障害者用意思伝達装置の処方を行う際の判断・基準にさせていただきますためのものです。ご面倒でも記入漏れのないようにお願いします。

なお、記入にあたっては、下記を参照して下さい。

身体状況 ・ 障害状況

1. 経過及び現症
障害の原因となる疾患、合併症、及び経過などについて、記入して下さい。
2. 障害の総合所見
障害の総合所見、及びMMT、ROM制限、欠損など形態異常、運動失調、不随意運動等、感覚障害、上肢能力、下肢能力、座位能力の該当する項目に○、必要に応じて（ ）に記入して下さい。
3. 失語無・有に○、有の場合は失語の種類、及び程度を記入して下さい。
4. 構音障害 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。
5. 視覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。
6. 聴覚障害 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。
7. 人工呼吸器の使用 無・有に○、有の場合は使用期限、使用開始日、及び機種を記入して下さい。
8. 気管切開 無・有に○、有の場合は年月日を記入して下さい。
9. 知的障害等 無・有に○、有の場合は程度を記入して下さい。

意思伝達能力の状況

1. 口頭での意思疎通 該当する項目に○を記入して下さい。
2. 口頭以外での意思疎通 該当する項目に○、又は、その他（ ）に記入して下さい。
3. 機器の操作能力 程度の該当するものに○、また使用機器を（ ）に記入して下さい。

意思伝達装置の使用状況

1. 装置を使用する動機該当するものに○、又は、（ ）に記入して下さい。
2. 装置の使用期間(試用の場合を含む)該当するものに○、又は、（ ）に記入して下さい。
3. 使用機種該当する機種に○、（ ）に製品名を記入して下さい。
4. 使用頻度 1日当たりの使用時間、及び週当たりの使用日数を（ ）に記入して下さい。
5. 操作能力 本人と介護者の両方の能力を記入して下さい。
6. 操作部位該当する部位に○、又は、その他（ ）に記入して下さい。
7. 使用場所 自宅、施設/病院の別に○、施設/病院の場合は施設/病院名を記入して下さい。

処方内容 ・ 使用効果

1. 処方機種該当する機種に○、()に製品名を記入して下さい。
2. 附属品(スイッチ・センサー・その他)該当する者を()に記入して下さい。
3. 操作部位該当する部位に○、又は、その他()に記入して下さい。
4. 使用効果該当する部位に○、又は、その他()に記入して下さい。

不明な点は相談所にお問い合わせ下さい。

沖縄県身体障害者相談所

相談判定班 補装具担当

電話(098)886-2115

FAX(098)886-7990