

## 重度障害者用意思伝達装置処方意見書

(ふりがな) 氏 名		T・S・H・R	年 月 日生 ( 歳)
住 所	使用場所： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
障害名及び原因となった疾病・外傷名	身体障害者手帳 級		
発症からの経過	意思伝達装置の使用経験 ( 有 ・ 無 ) 有の場合の機種： 使用年数 ( ) 年		
現在の身体状況	音声・言語機能 (発声・発語、言語の理解) コミュニケーション手段 { 口話 ・ 指文字 ・ 文字盤 ・ その他 ( ) } 視覚状況 ( ) 聴覚状況 ( ) 気管切開の有無 ( 有 ・ 無 ) 自動運動が可能な部位 (右手の第2指、左頬等具体的に記載する。) その他医学的管理状況		
処 方	本 体	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 (例：伝の心、レッツチャット) (付加機能： <input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 通信機能) <input type="checkbox"/> 生体現象方式 (例：新心語り)	
	付 属 品	<input type="checkbox"/> 固定台 ( <input type="checkbox"/> アーム式 ・ <input type="checkbox"/> テーブル置き式 ・ <input type="checkbox"/> 自立スタンド式 ) <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 ( ) <input type="checkbox"/> 呼び鈴 ( ) <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 ( ) <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置	
	入 力 装 置	<input type="checkbox"/> 接 点 式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 帯 電 式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 筋 電 式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 光 電 式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 呼気(吸気)式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 空 気 圧 式 ( スイッチ名： ) <input type="checkbox"/> 視線検出式 ( スイッチ名： )	
	使用効果 (見込み) についての意見 (注：借受けが必要な場合は、その理由、期間及び効果が明確となるよう記載する。)		
	令和 年 月 日	医療機関名 所在地 診療担当科目	
	医師名 (記名押印又は署名)		