新規	重度障害者用意思伝達装置費支給意見書（書面判定用）		
氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　）歳 令和
障がい名・等級	□障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 **※非手帳所持者の場合は疾患名を記入する。** 種　　級		
医学的所見	※下記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載する。難病患者等の場合、特に身体症状等の変動状況や日内変動等について記載し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。		
	進行性疾患：□該当　□非該当　　支給決定手続：□迅速　□一般		
意思伝達装置の使用による効果・影響	※意思伝達装置を必要と認める理由が明確となるよう具体的に記入する。 ※難病患者等の場合、使用することで日常生活にどのような効果・影響が見込めるか具体的に記入する。		

処方			
	本体		1．文字等走査入力方式:　簡易なもの・ 簡易な環境制御機能付加 ・ 高度な環境制御装置付加 ・通信機能付加 2．生体現象方式
	付属品	固定具	1．固定台（アーム式　・　テーブル置き式　・　自立スタンド式）　　2．入力装置固定具
		呼び鈴	1．呼び鈴　　2．呼び鈴分岐装置
		入力装置	1．接点式　2．筋電式　3．帯電式（※別途必要な場合　a.タッチ式入力装置　b.ピンタッチ式先端部） 4．光電式　5．呼気式（吸気式）　6．圧電素子式　7．空気圧式　8．視線検出式
		遠隔制御装置	要　・　不要
使用状況等	（使用経験、操作部位、操作方法、操作能力等について）		

上記のとおり診断する。　　所在地

令和　　年　　月　　日　　医療機関名

診療科名　　専門医

医師名　　印

※意見書作成医師は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、指定自立支援医療機関の医師、国立障害者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ学院で行う補装具関係の補装具適合判定医師研修会を修了している医師、保健所の医師、難病法第6条第1項に基づく指定医のいずれかであること。

※令和６年４月１日以降はこの様式を使用してください。処方は該当する数字を〇で囲んでください。

※ご不明な点がありましたら、宮崎県身体障害者相談センター（℡0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。

宮崎県身体障害者相談センター