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 □令和　　年　　月　　日	歳

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。** **等級**：　　種　　級　**進行性疾患**：□非該当　□該当(疾患名：　　)

医学的所見			※意思伝達装置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する。
	自動運動が可能な部位	頭頚部	
		右上下肢	
		左上下肢	
	音声・言語機能		※身体障がい者手帳に音声･言語機能障がいの記載の無い場合及び難病患者等は、特に症状の経過、現症等を具体的に記載する。
		発話の状態	□会話が可能　□日常会話は問題ないが不明瞭　□会話は一部可能 □家族は意思をくみ取れるが、他者とは疎通が困難　□不可　□その他(　　)
	認知機能		※高次脳機能障がい、認知症等、意思伝達装置操作への影響の有無について記載する。

操作状況	機器の	使用経験	□有　□無	試用期間		操作部位
		操作方法				
		操作能力				

処方	本体		□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
			□生体現象方式
	付属品	固定具	□固定台　：　□アーム式　□テーブル置き式　□自立スタンド式 □入力装置固定具
		呼び鈴	□呼び鈴　□呼び鈴分岐装置
	入力装置		□接点式　□筋電式　□帯電式（※別途必要な場合　□タッチ式入力装置　□ピンタッチ式先端部） □光電式　□呼気式（吸気式）　□圧電素子式　□空気圧式　□視線検出式
	遠隔制御装置		□要　□不要

裏面も記載ください

支給決定手続き	□一般　　□迅速 ※迅速な手続が必要な場合は下記欄へ理由を記載する。(急激な症状の進行など)
使用効果見込み	

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

所在地

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８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○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。