

補装具費支給についての意見書

(重度障害者用意思伝達装置用)

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	<p>発生年月日 年 月 日</p> <p>最終診察日 年 月 日</p> <p>* 障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない)</p>			
経過と現症				
障害の状況	<p>上肢・下肢</p> <p>言語</p>			
補装具の処方 (基本構造・ 入力装置等)	<p>新規購入・借受け・再購入 (前回購入又は借受け 年 月 日) ・修理</p>			
操作入力 可能部位	<p>手・指・足・額・舌・顎・目・呼吸・脳血流・その他 ()</p>			
意 見	<p>借受けの場合使用期間 ()</p>			
<p>上記のとおり診断する。 年 月 日</p> <p>医療機関名 診療担当科 医 師 名 印</p>				