様式第２－９　　令和６年４月様式更新

補 装 具 費 支 給 意 見 書（重度障害者用意思伝達装置）

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名	
障　害　名	（発症年月日　　） ※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)				
障 害 現 症	※難病患者等で当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要と認められる場合に該当(□する・□しない) ※難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な理由についても記載すること。 （注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載すること。） ① 四肢体幹機能障害の状態及び所見 （筋力、可動域、日常生活動作の状況などについて記載） ② 音声・言語機能障害の状態及び所見 （発生発語器官の状態ならびに構音症状、言語理解力の状態、文字言語の獲得状況などについて記載） ③ 現在の意思疎通の状態				
意思伝達装置の操作可能な方法	（呼気、顔面筋など具体的に）				
意思伝達装置等の使用経験	1　経験あり　　2　経験なし				
意思伝達装置の使用状況（使用経験がある場合記入）	(1) 文章の作成が可能 (2) 日常会話のやりとりが可能 (3) 質問に対する Yes/No の返答が可能な程度 (4) 介助を要する（装置の設置・設定に関する介助は除く） （具体的な介助の内容：　　）				
本　　体	製品名・型式　（　　）				
付 属 品	1　入力装置 (1) 接 点 式　(2) 帯 電 式　(3) 筋 電 式　(4) 光 電 式　(5) 呼 気 式 (6) 圧電素子式　(7) 空気圧式　(8) 視線検出式　(9) その他（　　） 2　固 定 台　3　入力装置固定具　4　呼 び 鈴　5　呼び鈴分岐装置 6　その他（　　）				
使　用　効　果	意思伝達、情報交換などについて具体的に記載すること。 （注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載すること。）				

記 載 年 月 日　　年　　月　　日

医 療 機 関 名

診　　療　　科

医　　師　　名

【　記載上の留意事項　】

※支給対象者：　重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。
難病患者等については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。