

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		生年月日	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 * 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 )		
経過と現症			
障害の状況	上肢・下肢  言語		
補装具の処方 (基本構造・ 入力装置等)	新規購入・借受け・再購入 (前回購入又は借受け 年 月 日) ・修理		
操作入力 可能部位	手・指・足・額・舌・顎・目・呼吸・脳血流・その他 ( )		
意 見	借受けの場合使用期間 ( )		
上記のとおり診断する。		年 月 日	
		医療機関名 診療担当科 医 師 名	