

様式6-11

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 となつた 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 <small>* 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 (□する□しない)</small>		
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・呼気・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			