## 重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和<br>年　　月　　日（　　歳） |
| (1)　原疾患名・難病名 | | | |
| (2) 障がい名 | 両 上 肢＜**全廃**・その他（　　）＞<br>両 下 肢＜**全廃**・その他（　　）＞<br>体　　幹＜1 級・その他（　　）＞<br>脳 原 性＜上肢（1 級・その他　　）・移動（1 級・その他　　）＞<br>音声言語＜**喪失**・その他（　　）＞<br>《太文字は厚生労働省が意思伝達装置の対象として定める障がい名です》 | | |
| (3) 意思伝達能力 | □重度障がい者用意思伝達装置でのみ意思の伝達が可能<br>□急速な病気の進行により重度障がい者意思伝達装置でのみ意思の伝達が可能となる<br>□その他（　　） | | |
| (4) 病状の経過や現在の状況・今後の症状の推移等 | | | |
| | | | |
| (5) 必要であると考える入力方式 | □接点方式（ボタン・スイッチなど） | | |
| | ＜理由＞ | | |
| | □視線入力方式 | | |
| | ＜理由＞ | | |
| | □その他（　　） | | |
| | ＜理由＞ | | |

| | |
|---|---|
| (6) 借受け | □適当（適当な場合の理由：　□①成長　□②進行　□③比較） |

年　　月　　日

医療機関　所　在　地

医療機関名

診療担当科　　科　　医師名

キ　リ　ト　リ　ス

## 重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書の書き方（手引き）

（意見書を書いていただく先生方へのお願い）

この意見書をもとに、重度障がい者用意思伝達装置（以下装置と略す）の要否を当センターの判定医師が判断しますので、詳細に記載してください。内容に不明な点がある場合は、再度の意見書の提出をお願いしたり、装置自体の支給ができない場合があります。

装置は、身体障がい者手帳を用いて支給する場合と難病の制度を用いて支給する場合があります。
この装置でのみ意思の伝達が可能もしくは、急速な病気の進行等によりこの装置でのみ意思の伝達が可能ということが装置を支給するための条件になります。難病であれば必ず装置が支給されるというものではありませんので、現在のご不自由な状況を左の意見書に詳しく記載してください。

(1) 原疾患名・難病名：身体障がい者手帳で装置を申請される方は障がいの原因となった疾患名を、難病で申請される場合は難病名を記載してください。なお、難病の制度を用いて支給する場合、難病の受給者証等の添付が必要です。

(2) 障がい名：身体障がい者手帳をお持ちの場合、身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記載してください。

なお、身体障がい者手帳の場合、「上肢全廃、下肢全廃、音声言語機能喪失」の認定が必要になります。その他の状況でも、詳細に現在の障がいの状況等を詳細に記載していただくことで、装置を支給することができる場合がありますので、現在のご不自由な状況を詳しくお書きください。

(3) 意思伝達能力：意思の伝達はどの方法で可能になるか、該当するものにチェックを記入してください。意思伝達能力は例として記載のものが基準になりますが、その他の場合も支給の対象になることがありますので、具体的にお書きください。

(4) 病状の経過や現在の状況・今後の症状の推移等：現在の身体の状況を詳しく記入して下さい。また、今後の症状の推移もわかるようであれば記入して下さい。

(5) 入力方式：必要であると考える入力方法を接点方式・視線入力方式・その他（帯電式、筋電式、光電式呼気（吸気）式、圧電素子式、空気圧式など）から選び、その理由も添えてお書きください。必要な理由などがわからない場合は、希望する入力方法が認められないことや再度の書類の提出を求める場合がありますので、詳細に記入してください。ご不自由さが不明な場合は、装置自体が支給できないこともあります。

また、視線入力方式やその他を希望される場合には、どうして他の接点入力方式などが使用できないかなど、視線入力方式でないと使用できない理由がよくわかるように記載してください。

(6) 借受け：借受けが適当である場合とは以下の①から③です。借受けが適当である場合のみ、この欄を使用して、その理由を①から③より選んでください。

① 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要である場合
② 障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合
③ 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である場合

(7) この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

**※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課**
**（ＴＥＬ　０６－６７９７－６５６１）までお願いします**