

重度障がい者用意思伝達装置医学的意見書

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )

原傷病名 \_\_\_\_\_

障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当  
(する・しない)

障がい名 両上肢 全廃（1級）  
両下肢 全廃（1級）  
体幹 座位保持不能（1級）  
脳原性 上肢（1級） 移動（1級）  
音声・言語 喪失（3級）

考慮すべき障がい名  
両上肢 著障（2級）  
両下肢 著障（2級）  
体幹 起立位保持困難（2級） 座位保持困難（2級）  
立ち上がり困難（2級）  
脳原性 上肢（2級） 移動（2級）  
音声・言語 著障（4級）

意思伝達 重度障がい者用意思伝達装置でのみ意思の伝達が可能。  
他の方法でも意思の伝達は可能（ \_\_\_\_\_ ）  
いずれの方法でも意思の伝達は困難。  
急速な病気の進行により重度障がい者用意思伝達装置でのみ意思の伝達が可能となる。

借受け  適当／該当番号（適当な場合に該当した番号を右から選び、ご記入ください）  
 不適当

現症 \_\_\_\_\_

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

診療担当科 \_\_\_\_\_ 科 医師 \_\_\_\_\_

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の要否を当センターの判定医師が判定しますので、詳細に記入して下さい。

内容に不明な点がある場合は、再度の提出をお願いしたり、意思伝達装置の判定ができない場合があります。

(1) **原傷病名**：障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当するかしないかチェックを記入して下さい。

(2) **障がい名、考慮すべき障がい名**

身体障がい者手帳に記載されている障がい名にチェックを記入してください。

(3) **意思伝達**：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。

(4) **現症**：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) **借受けが適当である場合とは以下の①から③です。適当・不適当にチェックを記入していただき、適当の場合は、該当する番号もご記入ください。**

- 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

(6) **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いたします。**

※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