

氏 名		生年月日	T・S・H	年	月	日生
		市町村名				
診断名		※ 進行性疾患 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
現 症 及 び 予 後	上肢機能					
	下肢機能					
	言語機能	発声・発語				
		言語理解 (聞く・読む)				
重度障害者用 意思伝達装置 が必要な理由		<p>【必要な理由】</p> <p>※ 進行性疾患であり、急速な進行が見られる（見込まれる）場合には、症状の進行状況と予後予測及び早急に機器を導入する必要性を以下にご記載ください。</p> <p>【進行状況及び予後予測】</p> <p>【早急に導入する必要性】</p>				
名 称		文字等走査入力方式 ・ 生体現象方式 文字、シンボル等を選択 「はい・いいえ」を選択				
スイッチ		接点式 ・ 帯電式 ・ 筋電式 ・ 光電式 ・ 呼気式 (吸気式) 圧電素子式 ・ 空気圧式 ・ 視線検出式				
その他の配慮		なし ・ あり (配慮の内容を以下にご記載ください)				

令和 年 月 日 医療機関名

所在地

診療科名 科

医師氏名 印