

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |      |           |       |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----------|-------|---------|
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     | 男・女  | 年 月 日（ 歳） |       |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |      | 住所        |       |         |
| 身体障害者<br>手帳                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 有・無 | 障がい名 | 種 級       |       |         |
| 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）。疾患名：                                                                                                                                                                                                                                                   |     |      |           |       |         |
| 現病歴                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |      |           |       |         |
| 障がい状況（難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載。）                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |      |           |       |         |
| 試用経験の有無（有・無）                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |      |           |       |         |
| （有の場合）                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | 使用機種 | スイッチの種類   |       |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | 使用時期 | 年 月～      | 年 月 計 | （月・週・日） |
| 使用状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |      |           |       |         |
| 種類・付属品等に対する意見                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |      |           |       |         |
| （注：借受けが必要な場合は借受け期間および効果が明確となるように記載する。）                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |      |           |       |         |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |      |           |       |         |
| 所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |      |           |       |         |
| 医療機関名・科名                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |      |           |       |         |
| 医師名 <span style="float: right;">㊟</span>                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |      |           |       |         |
| ※ この様式での意見書記載には、次のいずれかの条件が必要です。<br>下記の該当する項目にチェックしてください。                                                                                                                                                                                                                                                          |     |      |           |       |         |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医<br><input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師<br><input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医<br><input type="checkbox"/> 都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 |     |      |           |       |         |

## 【記入上の留意事項】

処方内容の決定に関しては、各医療スタッフや補装具業者と調整の上、行なってください。

\* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

上記補装具は（適当・不適当）と判定します。

年 月 日 福井県総合福祉相談所 審査医師

㊟