

氏 名		男 ・ 女	年 月 日(歳)		
			住 所		
身体障害者 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					
※ 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。 下記の該当する項目にチェックしてください。 ☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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。					
* 下欄は福井県障がい福祉・精神保健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 福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査医師					