

## 重度障害者用意思伝達装置処方箋（新規・再支給）

様式3

氏名		男・女	昭・平・令 年 月 日生（ 歳）
疾患名		職業	
医学的 所見	処方上重要な点等		
身体 特性	理解のレベル	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 簡単な理解はできる <input type="checkbox"/> 理解ができない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	入力装置操作部	<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔面筋 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
目的	獲得したい機能	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 自由作文 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他（ ）	
利用 状況	利用場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	利用時の姿勢	<input type="checkbox"/> 臥位（ <input type="checkbox"/> 背臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位 <input type="checkbox"/> 腹臥位 <input type="checkbox"/> その他（ ））	
		<input type="checkbox"/> 座位（ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他（ ））	
本体	<input type="checkbox"/> 文字等走行入力方式 （文字盤またはシボ <sup>®</sup> 等の選択による意思の表示灯の機能を有する簡易なもの） <input type="checkbox"/> 付加機能の必要性あり <div style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能</div> <div style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能</div> <div style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 通信機能                  本体付属品 <input type="checkbox"/>プリンタ <input type="checkbox"/>遠隔制御装置</div> <input type="checkbox"/> 生体現象方式		製品名（メーカー名）
付属品 等	<input type="checkbox"/> 固定台（ <input type="checkbox"/> アーム式 <input type="checkbox"/> テーブル置き式 <input type="checkbox"/> 自立スタンド式） <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置		製品名（メーカー名）
入力 装置 （スイ ッチ） 等	<input type="checkbox"/> 接点式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 帯電式入力装置（スイッチ） <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>タッチ式入力装置加算</div> <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>ピンタッチ式先端部加算</div> <input type="checkbox"/> 筋電式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 光電式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 呼気式（吸気式）入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 圧電素子式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 空気圧式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 視線検出式入力装置（スイッチ）		製品名（メーカー名）
備考			
処方日	年 月 日	直接判定日	年 月 日
		受注日	年 月 日

※該当する項目の□に✓を付け、（ ）内には具体的内容を記載すること。