

氏名			生年月日	年	月	日生
			市町村名			
診断名						
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						
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				
使用上注意すべきこと (もしあれば)						

医療機関名
所在地

診療科名

科

令和 年 月 日

医師氏名

