

重度障害者用意思伝達装置調査書

調査年月日	年 月 日
市 町 村 名	
調査担当者	

氏 名		男 女	年 月 日生	歳
福祉サービスの利用状況	介護保険	認定の有無	1 有 → [認定： 年 月 日] [要介護状態区分：] 2 無	
	障害者福祉	利用しているサービスの内容		
		支援区分認定	1 有 → [認定： 年 月 日] [支援区分：] 2 無	
		利用しているサービスの内容		
パソコン等の使用経験		1 有 → [パソコン・ワープロ・携帯用会話補助装置・その他()] 2 無		
意思伝達装置の操作経験		1 有 → 支給・借用・自費購入 2 無 [商品名：] [年数： 年くらい] [入力装置の種類：]		
試用(デモ)実績		1 有 → [商品名：] [H 年 月 日～H 年 月 日]	取扱業者名	
		2 無 → 予定 [H 年 月 日～H 年 月 日]		
使用場所		1 自宅 2 病院・施設等(名称：) 3 その他()		
使用形態 (該当するものすべてに○)		1 コミュニケーション(会話・文書作成) 2 電子メール 3 インターネット 4 他の環境設備のコントロール		
一日の使用時間		約 時間		
意思伝達の主な相手				
主たる介護者				
保守点検者				
必要とする付属装置	<input type="checkbox"/> 固定台		必要とする理由	
	<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			
必要とする入力装置 (スイッチ)	<input type="checkbox"/> 接点式		必要とする理由	
	<input type="checkbox"/> 帯電式			
	付属品	<input type="checkbox"/> タッチ式入力装置		
		<input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部		
	<input type="checkbox"/> 筋電式			
	<input type="checkbox"/> 光電式			
	<input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式)			
	<input type="checkbox"/> 圧電素子式			
<input type="checkbox"/> 空気圧式				
<input type="checkbox"/> 視線検出式				

注：選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

※難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。
(R5.4)