

重度障害者用意思伝達装置申請に基づく意見書

様式 14 - 2

氏名		男・女	生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所	使用場所： 在宅 病院 その他()					
<p>1. 現在のコミュニケーション方法について</p> <p>(1) 意思を伝える手段・方法 有 無</p> <p>(2) (1)で『有』の場合、現在のコミュニケーション手段・方法での意思伝達状況 該当する項目全てにチェックを入れ、その具体的な状況について()内に記載してください。</p> <p style="text-align: center;">発声 筆談 読唇 文字盤 50音読みあげ Yes-No サイン 機器使用() その他()</p> <p>2. 使用環境について</p> <p>(1) 使用目的 該当する項目全てにチェックを入れてください。その他の場合は()に記載してください。</p> <p style="text-align: center;">意思伝達 会話 メール ナースコール インターネット その他() 環境制御 TV ビデオ等 CD エアコン カーテン ベッド その他() その他 ()</p> <p>(2) 使用場所及び使用時の姿勢 ()</p> <p>(3) 使用頻度 新たに導入する場合は、予想される頻度。どのくらい機器を使用するか時間に換算して記載してください。 1日あたり_____時間程度使用 ・ 週に_____日間程度使用</p> <p>(4) 使用支援者(操作困難時等の支援者)の状況 有 無 いずれかにチェックを入れてください。 で『有』の場合、その支援者と具体的な支援の方法 家族 () 家族以外()</p> <p>3. 申請する機種について</p> <p>(1) 希望機種及びスイッチの名称 (本体機種名： _____ / スイッチ名称： _____)</p> <p>(2) 本体及びスイッチの選定経緯と理由 ()</p> <p>(3) スイッチについて 操作する身体部位及び具体的な操作方法 ()</p> <p>(4) 試用状況 今回の申請機種の試用の有無について 申請機種及びスイッチの試用について該当する項目にチェックを入れてください。 試用した(試用期間： _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日) 試用していない(理由： _____)</p> <p>申請機種以外の機器の使用経験がある場合はその名称と使用時期 申請内容とスイッチは同じで本体機種のみ異なる場合に記載 (機種名： _____ 使用時期： _____ 年 月 ~ _____ 年 月頃)</p> <p>機器操作の理解 可 不可 スイッチ等の操作 可 不可</p>						
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	所属名 職種・氏名					印

支援に関わる施設・病院・専門機関等の職員が記載してください。