

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		生年月日	M T S H R	年	月	日	歳
住 所	使用場所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <small>※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。</small> <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 50音読みあげ <input type="checkbox"/> Yes-No サイン <input type="checkbox"/> 機器使用 () <input type="checkbox"/> その他 ()</p>							
<p>2. 使用環境について</p> <p>(1) 使用目的 <small>※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。</small> <input type="checkbox"/> 意思伝達 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ナースコール <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 環境制御 <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> ビデオ等 <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> エアコン <input type="checkbox"/> カーテン <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 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 <small>※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。</small> 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 ① <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※いずれかにチェックを入れてください。</small> ② ①で『有』の場合、その支援者と具体的な支援の方法 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 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 ① 今回の申請機種の試用の有無について <small>※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。</small> <input type="checkbox"/> 試用した (試用期間: _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 試用していない (理由: _____) <small>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</small> (機種名: _____ 使用時期: _____ 年 月 ~ _____ 年 月頃)</p> <p>② 機器操作の理解 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ③ スイッチ等の操作 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p>							
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (自署又は記名押印)				所 属 名 職 種 ・ 氏 名			

※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。