

重度障害者用意思伝達装置調査書

様式5(表)

| | | | | | | |
|------|--|----|-------|---|---|------|
| フリガナ | | 生年 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 月日 | | | | (歳) |

1. 本人の障害状況

| | | | | | | |
|----------------|--|---|--|--|--|--|
| 身体障害者 手帳 | 交付年月日 | 年 月 日 (種 級) | | | | |
| | 障 害 名 | | | | | |
| 疾患名 | <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 生活場所 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 施設 () | | | | | |
| 家族状況 | 家族構成 | (人) | | | | |
| | 主な介助者 | (続柄) | | | | |
| 障害の 経過・現状 | 発生年月 | 年 月 (歳時) | | | | |
| | 原 因 | <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他の事故 () | | | | |
| | | | | | | |
| 関係機関 | 病院名 | 担当者 | | | | |
| 身体状況等 | 知的障害の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (療育手帳 <input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B) | | | | |
| | 上肢機能 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 肩(左・右) <input type="checkbox"/> 肘(左・右) <input type="checkbox"/> 手(左・右)) | | | | |
| | 手指機能 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第 指(左・右)) | | | | |
| | 下肢機能 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 股(左・右) <input type="checkbox"/> 膝(左・右) <input type="checkbox"/> 足(左・右)) | | | | |
| | 足指機能 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第 趾(左・右)) | | | | |
| | 頭部・頸部 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 顔面 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 眉(左・右) <input type="checkbox"/> 瞼(左・右) <input type="checkbox"/> 頬(左・右)) | | | | |
| | 口腔 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 舌) | | | | |
| | 眼球 自動運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 音声言語 会話 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| | 呼吸器の使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| 現在のコミュニケーション手段 | 文字盤使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 文字をさす <input type="checkbox"/> サインで知らせる) | | | | |
| | 口文字使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | |
| | 日常生活用具 | | | | | |
| | その他 | | | | | |

今回の申請の動機

2. 重度障害者用意思伝達装置の操作状況

| | | | |
|------------------|---|----------------------------|-------|
| パソコン使用経験 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 重度障害者用意思伝達装置試用経験 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 操作に対する理解力 | <input type="checkbox"/> 問題有 <input type="checkbox"/> 問題無 | | |
| 操作部位 | <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 視線 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 実用性 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 試用機種名 | | | |
| 入力装置 (スイッチ) | | | |
| 固定台 | | | |
| 操作指導者 | 職名 | | 指導者氏名 |
| 購入予定業者 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| | 業者名 | | 担当者 |
| 使用目的 | | | |
| 重度障害者用意思伝達装置の相談者 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| | 氏名 | (続柄) | |
| 担当者所見 | | | |

※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。

調 査 日

令和 年 月 日

担当者職氏名
