

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			
		利用しているサービスの内容			
	障害者福祉	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] 2 無 → 予定 [H 年 月 日～H 年 月 日]		取扱業者名	
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。
(H30.6)