

## 重度障害者用意思伝達装置調査書

|      |  |         |                                                              |
|------|--|---------|--------------------------------------------------------------|
| フリガナ |  | 生年月日    | 昭・平・令 年 月 日( 歳)                                              |
| 氏名   |  | 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級) |

## 1. 本人の障害状況

|                             |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                               |  |
| 生活場所                        | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 施設等 ( )                                           |                                                                                                                                                               |  |
| 家族状況                        | 家族構成                                                                                                                                   | ( 人)                                                                                                                                                          |  |
|                             | 主な介助者                                                                                                                                  | (続柄 )                                                                                                                                                         |  |
| 障害の<br>経過・現状                | 発症年月                                                                                                                                   | 昭・平・令 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )        |  |
|                             |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                               |  |
| 主に関わる<br>機関                 | 機関名                                                                                                                                    | 担当名                                                                                                                                                           |  |
|                             | 連絡先 (TEL)                                                                                                                              | 職 種                                                                                                                                                           |  |
| 身体状況等<br><br>動き：目視で<br>確認可能 | 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 )                                         |  |
|                             | 上肢の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>(( <input type="checkbox"/> 肩(左・右) <input type="checkbox"/> 肘(左・右) <input type="checkbox"/> 手首(左・右)) |  |
|                             | 手指の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(左・右)                                                                                                    |  |
|                             | 下肢の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>( <input type="checkbox"/> 股(左・右) <input type="checkbox"/> 膝(左・右) <input type="checkbox"/> 足首(左・右))  |  |
|                             | 足趾の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(左・右)                                                                                                    |  |
|                             | 頭部・頸部の動き                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                         |  |
|                             | 顔面の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>( <input type="checkbox"/> 眉(左・右) <input type="checkbox"/> 瞼(左・右) <input type="checkbox"/> 頬(左・右))   |  |
|                             | 口腔の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 舌)                                                |  |
|                             | 眼球の動き                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                         |  |
|                             | 音声言語での会話                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                        |  |
|                             | 呼吸器の使用                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)                |  |
| 現在のコミ<br>ュニケーシ<br>ョン手段      | 文字盤使用経験                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 文字を指す <input type="checkbox"/> 眼で知らせる)                                       |  |
|                             | 口文字使用経験                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                         |  |
|                             | 日常生活用具 (あれば)                                                                                                                           |                                                                                                                                                               |  |
|                             | その他                                                                                                                                    |                                                                                                                                                               |  |

|                    |                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 今回の申請の動機           |                                                                                                                                                                                                                  |
| 使用目的<br>(該当するもの全て) | <input type="checkbox"/> コミュニケーション (会話・文書作成) <input type="checkbox"/> 電子メール<br><input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 環境設備のコントロール<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>*使用時間      約      時間 |

## 2. 重度障害者用意思伝達装置の操作状況

[illegible]

※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。(R8.4)

調 査 日

令和      年      月      日      担当者職氏名