[様式６(3)] 2024.04　改

重度障害者用意思伝達装置　判定調査書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 年　　　月　　　日生（　　　）歳 |
| 住所 | ＴＥＬ　（　　　　　）　　　　―  使用場所：□在宅　　　　　□病院（　　　　　　）　□施設（種別 　　　　　　　） | | | |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名  □筋萎縮性側索硬化症(ALS)　※病名告知の有無 □無　□有）　発症月日　　年　　　月　頃  □脳性麻痺(CP)　　□高位頸髄損傷　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  身障手帳：肢体不自由（　　種　　級）、音声・言語機能障害（　　種　　級）　【等級　　種　　級】 | | | | |
| 支援者状況 | | 家族構成（　　）人、内訳：□配偶者　　□子　　□父　□母　□兄弟　　 □祖父 □祖母 □他( )  　介助者　　□無　□有（主な介助者　　 　　 　）  家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか　　□いない　□いる（　 　　　　 ）  定期的なサポート体制の有無  　　　□無　□有 （担当者所属： 　 　　 職名： 　　） | | |
| 希望機種 | | □無　□有（機種：　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） | | |
| 使用目的 | | □日常使用文　　　□会話　　　　　□呼び出し  　□文書機器操作（長文作成･保存）　 □電子メール　　　□ホームページ  □その他 | | |
| PT・OT・ST等の評価があるか | | | □無　　□有（評価資料（診療情報提供書等）を添付すること） | |
| 主 治 医 | | 病院名：　　 　　　　　　　　　　　診療科： | | |
| 身体状況 | | 知的障害の有無　　　　　　　　□無　　□有(療育手帳 □　有(程度 　 ) ･ □無 )  　聴覚障害（聴力低下）の有無　　□無　　□有(手帳 □有(　 級) ･ □無 )  　音声・言語機能　　　　　　　　□会話可能　　□家族等特定の人となら会話可能 □会話不可  　視力、視野障害の有無　　　　　□無　　□有(手帳 □有(　級) ･ □無 )  　経管栄養　　　　　　　　　　　□無　　□有(□胃瘻　□鼻腔)  　気管切開　　　　　　　　　 　□無　　□有  　人工呼吸器（MV）の使用　　 □無　　□有(具体的に　　　　　　　　　 ) | | |
| 現在のコミュニケーション方法について | | 【文字盤の使用】　　□有　　□無　　□その他（　　　　　　　　　　 　）  　使用している場合の使用方法　□文字を指す　　　 □目線を合わせる  　□棒をくわえて指す □瞬きをする　□舌を鳴らす  　□その他（　　　　　　 ）  　使用していない場合は何故か □知らなかった　 □以前は使用していた  　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　 ）  　以前使用していた場合：なぜ使用できなく（使用しなく）なったのか理由  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【呼び鈴の使用】　 □使用中　 □使用なし　 □使用が困難になりつつある  　使用中の場合：　 メーカー・機種（　　　　　　　　　　　　 　　）  　　　　　　 スイッチの種類（　　　　　　　　　　　 　　　）  使用が困難になりつつある場合：  　今までどのようにスイッチを押していたか  （具体的に 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　 どのように押せなくなったか  （具体的に 　　　　　　　　　　　　　　 　　　）  　使用場面　　□誰か（家族）を呼ぶとき　□トイレの時　□たん吸引  　□その他（　　　　 　　　） | | |
| こちらの問いかけに対し、意思表示があるか　 □有　□無  　　有の場合どのように理解するか　　□表情（どこを動かすか：　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　□合図（どこを動かすか：　　　　　　　　）  他に動かすことができる身体部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 主に誰とコミュニケーションをとるのか、またはとりたいか（　　　　　　　　　　）  　伝達内容として多いのはどんな内容か（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　現在困っていることは何か | | |

重度障害者用意思伝達装置　判定調査書(つづき)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人のパソコンの使用経験　　□有　　□無 | | 購入予定業者 □未定　□有（業者名 　　　） |
| 意思伝達装置の試用状況  又は評価情報 | □試用していない  　※１□試用してみた  　　本人の意思伝達装置の使用希望 □大いにある  　 □試用したら使えそうなので使いたい  　 　　　　□多少興味あり  　 　　　　　□興味があるが機械は苦手  　　　　　　　　　　　　　　　　　□どちらかというと消極的（家族が希望）  　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　 ）  　機械の操作に関する理解力  □問題ない　□問題あり（　　　　　　　　　　）    使用時の姿勢  □座位　□リクライニング座位　□臥位（□仰臥位・□側臥位）    試用機種  試用スイッチ  種類（　　　　　　　　）、設定方法（　　　　　）、操作部位（　 　）    試用スイッチの入力操作　 　□スムース　□要練習　□要再選定 | |
| ※１の場合　　デモ機試用について  ・ 試用期間　　　　１回目　　　　日間　　（　　　年　　月　　日から　年　　月　　日）  　　　　　　　　　　 ２回目　　　　日間　 （　　　年　　月　　日から　年　　月　　日）    ・ 操作状況  　　・ 支援者名 | | |
| 特例補装具（ソフトウェアのみ希望：例　オペレートナビ等、操作スイッチ：例　分離型磁気センサー等）の場合、それを必要とする理由 | | |
| 備　考（その他参考となる事項） | | |
| 年　　　月　　　日    記入者：所属　　　　　　　　　　 　　　　　職名・氏名  　(支援している専門職員ないし市町村職員) | | |