[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) |