

重度障害者用意思伝達装置 適合評価書(所見書)

氏名	男・女	昭・平	年	月	日生 ()	歳
住	TEL () —					
所 使用場所	: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()					
障害名及び原因となった疾病・外傷名						
※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)						
身障手帳: 肢体不自由 () 級、音声・言語機能障害 () 級 【等級 () 級】						
障害状況	<input type="checkbox"/> 音声言語障害 <input type="checkbox"/> 運動障害 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 脱力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 理解・認知障害 <input type="checkbox"/> その他(失調)					
コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 50音読みあげ <input type="checkbox"/> Yes-Noサイン(瞬き、指さし) <input type="checkbox"/> その他()					
使用中の用具	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リフター <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> その他 ()					
機器使用に対するニーズと使用目的	本人のニーズ					
	家族のニーズ					
	使用目的(機能)	<input type="checkbox"/> 日常使用文 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 文書機器操作 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 呼び出し [<input type="checkbox"/> ポケベル <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> その他 ()]				
	使用場所	<input type="checkbox"/> ベッド臥位 <input type="checkbox"/> ベッド座位 <input type="checkbox"/> 車椅子座位 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	機器の設置					
利用する運動機能と入力装置・固定	操作部位	<input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 上肢・手指 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	操作の可能姓	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
	固定具の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
適応評価	意思伝達の実用性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
	操作の理解力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
	機器の管理能力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
評価担当者意見						
令和	年	月	日	記入者	: (職種)	