

重度障害者用意思伝達装置処方意見書

(ふりがな) 氏 名		T・S・H・R	年 月 日生 (歳)	
住 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		身体障害者手帳 級		
発症からの経過	意思伝達装置の使用経験 (有 ・ 無) 有の場合の機種： 使用年数 () 年			
現在の身体状況	音声・言語機能 (発声・発語、言語の理解) コミュニケーション手段 { 口話 ・ 指文字 ・ 文字盤 ・ その他 () } 視覚状況 () 聴覚状況 () 気管切開の有無 (有 ・ 無) 自動運動が可能な部位 (右手の第2指、左頬等具体的に記載する。) その他医学的管理状況			
処方方法	本体	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 (例：伝の心、レッツチャット) (付加機能： <input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能 <input type="checkbox"/> 通信機能) <input type="checkbox"/> 生体现象方式 (例：新心語り)		
	付属品	<input type="checkbox"/> 固定台 (<input type="checkbox"/> アーム式 ・ <input type="checkbox"/> テーブル置き式 ・ <input type="checkbox"/> 自立スタンド式) <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 () <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置		
		入力装置	<input type="checkbox"/> 接 点 式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 帯 電 式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 筋 電 式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 光 電 式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 呼気(吸気)式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 空 気 圧 式 (スイッチ名：) <input type="checkbox"/> 視線検出式 (スイッチ名：)	
		使用効果 (見込み) についての意見 (注：借受けが必要な場合は、その理由、期間及び効果が明確となるよう記載する。)		
		令和 年 月 日		製作予定業者名
医療機関名 所在地 診療担当科目		医師名 (記名押印又は署名)		
		種目名称別コード		

重度障害者用意思伝達装置判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	T・S・H・R	年 月 日生 (歳)
住所		
障害名・疾患名	等級 級	
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)		
特定疾患医療受給者証の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 難病患者等日常生活用具の支給歴 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ 支給歴有の場合は、対象種目		
介護保険サービスの利用の有無 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
1 本人の居住環境等 ① 生活場所 a 入院 : 医療機関名() b 施設入所 : 施設名() c 在宅 : ② 生活状況 a 主たる介護者 ・家族{ 配偶者 ・ 息子 ・ 娘 ・ 子の配偶者 ・ その他() } 施設職員 ・ ヘルパー ・ その他() b 支援する専門職{ PT ・ OT ・ ST ・ Ns ・ 福祉用具専門相談員 ・ 購入予定業者 その他() } c 意思伝達装置の保守点検管理を行う者 ・家族{ 配偶者 ・ 息子 ・ 娘 ・ 子の配偶者 ・ その他() } 施設職員 ・ PT ・ OT ・ ST ・ Ns ・ 購入予定業者 ・ その他() d 現状での意思伝達(コミュニケーション)の方法 { 口話 ・ 指文字 ・ 筆談 ・ 文字盤 ・ 携帯電話 ・ パソコン ・ タブレット端末 足文字 ・ その他() }		
2 本人の身体状況(体調の安定度や通院・往診の状況)		
3 意思伝達装置について ① 使用場所(設置する場所) a 自宅 畳 個室(m ²) ・ 家族と共有の部屋(m ²) b 病院(施設) 個室 ・ () 人部屋 ; 個人の占有面積(m ²) * 病院(施設)の了解 : (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 担当者(病棟)の了解 : (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ; 同室者の了解 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ② 使用状況{ ベッド上臥位 ・ ベッド上座位 ・ いす ・ 車いす ・ その他 () } ③ 使用目的(希望する理由) <input type="checkbox"/> 会話がしたい <input type="checkbox"/> 必要なときに呼びたい <input type="checkbox"/> 日常の要求を伝えたい <input type="checkbox"/> 手紙が書きたい <input type="checkbox"/> 日記を書きたい <input type="checkbox"/> メールがしたい (主な相手:) <input type="checkbox"/> テレビを操作したい <input type="checkbox"/> ブログがしたい <input type="checkbox"/> その他) ④ 意思伝達装置使用経験: <input type="checkbox"/> 有 (年 月) ・ <input type="checkbox"/> 無 パソコン使用経験 : <input type="checkbox"/> 有 (年 月) ・ <input type="checkbox"/> 無 ⑤ 希望する製品名等(スイッチ類を含む (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)) ⑥ 希望する製品の試用期間(スイッチ類を含む) <input type="checkbox"/> 有 (年 月 ~ 年 月) ・ <input type="checkbox"/> 無 1日 時間		
4 その他(進行性疾患の本人への告知状況や家族、支援者の状況等)		
5 借受けの希望があれば、内容を詳細に聞き取ってください。		
調査日 令和 年 月 日		
市町村調査者氏名		