

重度障害者用意思伝達装置調査書

調査年月日	年 月 日
市 町 村 名	
調査担当者	

氏 名			男 女	年 月 日生	歳	
福祉サービスの利用状況	介護保険	認定の有無	1 有 →〔認定： 年 月 日〕〔要介護状態区分： 〕 2 無			
		利用しているサービスの内容				
	障害者福祉	支援区分認定	1 有 →〔認定： 年 月 日〕〔支援区分： 〕 2 無			
		利用しているサービスの内容				
パソコン等の使用経験			1 有 →〔パソコン・ワープロ・携帯用会話補助装置・その他()〕 2 無			
意思伝達装置の操作経験			1 有 → 支給・借用・自費購入 2 無 〔商品名： 〕〔年数： 年くらい〕 〔入力装置の種類： 〕			
試用（デモ）実績			1 有 →〔商品名： 〕 〔H 年 月 日～H 年 月 日〕	取扱業者名		
			2 無 →予定〔H 年 月 日～H 年 月 日〕			
使用場所			1 自宅 2 病院・施設等(名称：) 3 その他()			
使用形態 (該当するものすべてに○)			1 コミュニケーション(会話・文書作成) 2 電子メール 3 インターネット 4 他の環境設備のコントロール			
一日の使用時間			約 時間			
意思伝達の主な相手						
主たる介護者						
保守点検者						
必要とする 付 属 装 置	☐ 固定台		必 要 と す る 理 由			
	☐ 入力装置固定具					
	☐ 呼び鈴					
	☐ 呼び鈴分岐装置					
必要とする 入 力 装 置 (スイッチ)	☐ 接点式	必 要 と す る 理 由				
	☐ 帯電式					
	付 属 品					☐ タッチ式入力装置
						☐ ピンタッチ式先端部
	☐ 筋電式					
	☐ 光電式					
	☐ 呼吸式(吸気式)					
	☐ 圧電素子式					
	☐ 空気圧式					
☐ 視線検出式						

注:選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
※難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。
(R8.6)