

ふりがな 氏名		年 月 日生	聞き取り 方法	面談・電話・( ) 本人・他( )
基礎情報	*身障手帳及びその診断書・意見書に記載ある場合は本欄省略可			
	障害の原因となった傷害又は疾病名 _____ 診断日( ) 医療機関( ) <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症(ALS) <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> その他( )			
	傷病の経緯(いつ頃からどのような症状から始まり、どのような変化があったか)			
	コミュニケーション方法の変化			
本人に対する病名の告知: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
訪問診療等 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハ(PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> その他( ) (下段に頻度)				
生活状況	①入院中 : 退院予定(無・未定) 病院名( )			
	②入所中 : 施設名( )			
	③在宅 (①、②の場合も記入) : 一戸建・集合住宅( 階建ての 階) 同居者( 人)			
身体状況	【視覚障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	【聴覚障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	【音声・言語障害】 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 家族など特定の人との会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可			
	【気管切開】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	【人工呼吸器の使用】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(機器の種類と使用時間: )			
	【経管栄養】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔)			
【知的障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(療育手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
身体状況	上肢	右		
		左		
	下肢	右		
		左		
日常生活の支援者		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( ) 主な支援者( )		
意思伝達装置(PC)の操作支援者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	本人との関係( ) 支援の状況( )	
本人のPC使用経験		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用時期( ) 使用目的 <input type="checkbox"/> 業務 <input type="checkbox"/> 学業 <input type="checkbox"/> その他( )	
現在の意思伝達方法		【主にやりとりをする相手】( ) 【主にやりとりをする内容】( )		

様式例 補2-4 (2/2)

	<p><b>【身体的コミュニケーション】</b>  <input type="checkbox"/>音声 <input type="checkbox"/>唇を動かす <input type="checkbox"/>眼球を動かす <input type="checkbox"/>まばたき <input type="checkbox"/>表情 <input type="checkbox"/>うなずき  <input type="checkbox"/>その他(具体的に )  <input type="checkbox"/>高度な身体的コミュニケーション(口述文字盤、ダブルアイクロストーク等)</p> <p><b>【ツールを使用したコミュニケーション】</b>  <input type="checkbox"/>文字盤                  使用方法 <input type="checkbox"/>文字を指す <input type="checkbox"/>棒をくわえて指す <input type="checkbox"/>読み上げに瞬きをする  <input type="checkbox"/>読み上げに舌を鳴らす <input type="checkbox"/>目線を合わせる <input type="checkbox"/>その他( )  <input type="checkbox"/>携帯用会話補助装置(商品名: ) 使用期間: )  <input type="checkbox"/>パソコン(ソフト名: ) 使用期間: )  <input type="checkbox"/>スマホ・タブレット(アプリ名: ) 使用期間: )  <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><b>【呼び出しベルの使用状況】</b>  <input type="checkbox"/>使用したことがない <input type="checkbox"/>使用中 <input type="checkbox"/>以前は使用していた <input type="checkbox"/>その他( )                  使用中・以前は使用していた場合は以下を記入                  商品名( )                  スイッチの種類( )                  スイッチを押す方法( )</p>
--	---

※以下は、意思伝達装置を試用した結果、申請希望の機種等を記入

意思伝達装置(本体)	令和 年 月 日～令和 年 月 日 何を試したか( ) どこから借りたか( )
操作に際しての理解	<input type="checkbox"/> 理解可能 <input type="checkbox"/> 理解困難( )
使用時の姿勢	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング座位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位
方式又は入力装置(スイッチ)の種類と操作方法	<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼吸式(吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気式 <input type="checkbox"/> 視線検出式 <input type="checkbox"/> 生体現象方式(他の全スイッチを試し、それらに×チェックを入れる) <input type="checkbox"/> 不明(形状を具体的に記述: ) どの部位でどのように( )

※以下は、意思伝達装置を実際に使用してもらった上で記入

スイッチによる入力操作	<input type="checkbox"/> 意図したところで選択可能 <input type="checkbox"/> ときどきタイミングがずれる <input type="checkbox"/> 選択困難
誤入力した場合の修正	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 要練習 <input type="checkbox"/> 不可能
入力可能な程度	<input type="checkbox"/> 文章 <input type="checkbox"/> 短文 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> ほとんど不可能
漢字変換が可能か	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誤ることもあるがある程度可能 <input type="checkbox"/> 不可能
コミュニケーション手段として	<input type="checkbox"/> 実用可能 <input type="checkbox"/> 緊急時呼び出しが可能 <input type="checkbox"/> 不可能(下段へ↓)
実用に導くキーパーソン	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 業者( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 医療関係者(所属: ) 職種: )
本人は使う意志があるか	<input type="checkbox"/> 本人がある <input type="checkbox"/> 本人がない <input type="checkbox"/> 本人に確認できない <input type="checkbox"/> その他( )

備考	
----	--

写真提出に関するチェックリスト【書類判定】	
<input type="checkbox"/>	本人の全体像:全身が写っているか
<input type="checkbox"/>	機器の使用場面:適切(実用的で安楽)な姿勢と機器配置の様子が多方向から判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	入力装置(スイッチ)操作場面:操作している身体部位とスイッチの位置関係が判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	入力結果:入力した文字等が画面出力されていることが判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	構成機器:見積書の全項目が写っているか(試用段階で困難な場合は適合状態確認票提出時に添付すること)