

(重度障害者用意思伝達装置) に関する調査書

(フリガナ)

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( ) 歳

1. 本人の生活場所

- (1) 入院：退院予定 ( 無・未定・有 ) 予定： \_\_\_\_\_ 年 月 日  
病院名 ( \_\_\_\_\_ )
- (2) 入所中：施設名 ( \_\_\_\_\_ )
- (3) 在宅：一戸建・集合住宅 ( \_\_\_\_\_ 階建ての \_\_\_\_\_ 階)  
エレベーター ( 有・無 ) 同居の家族 無・有 ( \_\_\_\_\_ ) 人

2. 生活の状況

- (1) ADL：自立・一部介助・全介助
- (2) 移動方法：室内 ( \_\_\_\_\_ )・室外 ( \_\_\_\_\_ )
- (3) ヘルパー：無・有 ( 1日当たり \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 週・ \_\_\_\_\_ 日)
- (4) 通院：( \_\_\_\_\_ 回/週・月)・通所 ( \_\_\_\_\_ 回/週・月)  
通学 ( \_\_\_\_\_ 回/週・月)
- (5) 通院・通所・通学先の名称：( \_\_\_\_\_ )  
通院・通所・通学先の名称：( \_\_\_\_\_ )
- (6) その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 補装具等の使用状況

重度障害者意思伝達装置 (製品名： _____ )	_____ 年 月 日支給)
装具 ( _____ )	_____ 年 月 日支給)
車いす ( _____ )	_____ 年 月 日支給)
電動車いす ( _____ )	_____ 年 月 日支給)
座位保持装置 ( _____ )	_____ 年 月 日支給)
義手・義足 ( _____ )	_____ 年 月 日支給)
携帯用会話補助装置 (製品名 _____ )	_____ 年 月 日支給)
その他 ( _____ )	_____ 年 月 日支給)

4. 他法の適用 無・有 (介護保険：要介護 \_\_\_\_\_ )  
無・有 (その他 \_\_\_\_\_ )

5. 重度障害者用意思伝達装置について

- (1) 使用目的  
意思伝達 ・ その他 ( )
- (2) 使用場所 ( )
- (3) 装置を使用する介護者  
配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 子 ・ ヘルパー ・ その他 ( )
- (4) 支援に関わる施設 ・ 病院、専門職種等 ( 無 ・ 有 )  
(施設名 : 職種 : 氏名 : )  
(病院名 : 職種 : 氏名 : )
- (5) 希望補装具業者 ( )

6. 重度意思伝達装置のない状況下で困っていること及び必要な理由など

調査年月日 年 月 日

市町村名 ( 福祉事務所)  
( 町 ・ 村 )

担当者 職 ・ 氏名  
作成者 職 ・ 氏名  
電話 ( )

( \* 該当する項目に○、又は、( ) に記入して下さい。 )