

重度障害者用意思伝達装置 判定調査書(事前評価票)

氏名	昭・平・令 年 月 日生 () 歳		
住居 使用場所 :	<input type="checkbox"/> 在宅(<input type="checkbox"/> 持家・ <input type="checkbox"/> 借家・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 階) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設(種別)		
障害名及び原因となった疾病・外傷名 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症(ALS) (※病名告知の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 脳性麻痺(CP) <input type="checkbox"/> 高位頸髄損傷 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※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)</small> 身障手帳: 肢体不自由 () 級、音声・言語機能障害 () 級 【等級 () 級】			
支援者状況	家族構成 () 人、 幟: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子()人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟()人 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他() 介助者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (主介助者) 家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる () 保健師による定期的なサポート体制の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当者所属: 氏名:)		
希望機種	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
使用目的	<input type="checkbox"/> 長文を作成したい <input type="checkbox"/> その他、どんな場面での使用を想定しているか、具体的な内容 ()		
誰に勧められたか	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
PT・OT・ST等の評価があるか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (評価資料を添付すること)		
主治医	病院名: 診療科:		
身体状況	知的障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 <input type="checkbox"/> 有(級)・ <input type="checkbox"/> 無) 聴覚障害(聴力低下)の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 <input type="checkbox"/> 有(級)・ <input type="checkbox"/> 無) 音声・言語機能 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 家族等特定の人となら会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 視力、視野障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 <input type="checkbox"/> 有(級)・ <input type="checkbox"/> 無) 経管栄養 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔) 気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工呼吸器(MV)の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(補助:)		
現在のコミュニケーション方法について	【文字盤の使用】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 使用している場合の使用法 <input type="checkbox"/> 文字を指す <input type="checkbox"/> 目線を合わせる <input type="checkbox"/> 棒をくわえて指す <input type="checkbox"/> 瞬きをする <input type="checkbox"/> 舌を鳴らす <input type="checkbox"/> その他 () 使用していない場合は何故か <input type="checkbox"/> 知らなかった <input type="checkbox"/> 以前は使用していた <input type="checkbox"/> その他 () 以前使用していた場合:なぜ使用できなく(使用しなく)なったのか理由 ()		
	【呼び鈴の使用】 <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用が困難になりつつある 使用中の場合: メーカー・機種 () スイッチの種類 () 使用が困難になりつつある場合: 今までどのようにスイッチを押していたか (具体的に) どのように押せなくなったか (具体的に) 使用場面 <input type="checkbox"/> 誰か(家族)を呼ぶとき <input type="checkbox"/> トイレの時 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	こちらの問いかけに対し、意思表示があるか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合どのように理解するか <input type="checkbox"/> 表情(どこを動かすか:) <input type="checkbox"/> 合図(どこを動かすか:) 他に動かすことができる身体部位 ()		
	主に誰とコミュニケーションをとるのか、又はとりたいか () 伝達内容として多いのはどんな内容か(補助に) 現在困っていることは何か ()		

本人のパソコンの使用経験 有 無 | 購入予定業者 未定 有 (業者名)

<p>意思伝達装置 の試用状況 又は評価情報</p>	<p><input type="checkbox"/>試用していない</p> <p><input type="checkbox"/>試用してみた 本人の意思伝達装置の使用希望 <input type="checkbox"/>大いにある <input type="checkbox"/>試用したら使えそうなので使いたい <input type="checkbox"/>多少興味あり <input type="checkbox"/>興味があるが機械は苦手 <input type="checkbox"/>どちらかというと消極的 (家族が希望) <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>機械の操作に関する理解力 <input type="checkbox"/>問題ない <input type="checkbox"/>問題あり ()</p> <p>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"/>臥位 (<input type="checkbox"/>仰臥位・<input type="checkbox"/>側臥位)</p> <p>試用スイッチ：種類 ()、設定方法 ()、操作部位 ()</p> <p>試用スイッチの入力操作 <input type="checkbox"/>スムーズ <input type="checkbox"/>要練習 <input type="checkbox"/>要再選定</p>
------------------------------------	--

デモ機試用について、介助者の感想等

備考 (その他参考となる事項)