

## 重度障害者用意思伝達装置 適合報告書(納入時確認)

氏名	男・女	昭・平	年	月	日生( )	歳
住	TEL ( )					
所 使用場所	: 在宅 病院 その他( )					
障害名及び原因となった疾病・外傷名						
身障手帳：肢体不自由( )級、音声・言語機能障害( )級 【等級( )級】						
処方との合致	機種仕様 : 良好 ・ 不良( ) 付属品 : 支障 無 ・ 有( )					
本人の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 スイッチの適合 : 良好 ・ 不良( ) その他付属品の適合 : 良好 ・ 不良( ) 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい( )					
介護者の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 本人との関係 : ( ) 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい( )					
満足度	本人 : 主たる介護者 :					
使用開始	平成 年 月 日					
使用環境・その他	具体的に記入してください。					
使用支援者	操作困難時等の支援者( )					
総合評価	問題無 ・ 要修正 ・ 不適合( )					
継続フォロー事項	スイッチ交換の見直し  操作方法の修得  その他の課題  次回調査 年 月 頃					
平成 年 月 日 記入者 : (職種 )						