

重度障害者用意思伝達装置 使用状況調査書(経年確認)

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】						
使用開始	平成 年 月 日					
使用頻度・状況	使用している(1日あたり 時間 / 週 日) 思っていたように使えている ・ 思ったほど使えていない (使用内容) 日常用件 ・ 遠方の人とのやりとり ・ 日記 ・ その他()					
	使用していない 使用できていない状況・理由を 「市町村の意見」欄に詳細に記載してください					
身体機能	操作が困難になってきている ・ 操作への影響はない、少ない (身体時状況の変化があれば記載)					
支援の有無	【使用に関する支援の必要性】					
	なし ・ あり(内容:)					
	【支援を受けられているか】					
なし ・ あり(内容:)						
【支援機関等の有無】						
あり [支援機関、支援者等]						
なし [受けられる機関がない ・ 機関がわからない ・ その他()]						
継続フォロー事項	スイッチ交換の見通し					
	その他の課題 次回調査 年 月 頃					
市町村の意見						
平成 年 月 日						
記入者 :	(市町村: 担当課:)					

実際に操作をしていただき、コメント等を確認し、その内容を記載して下さい。
 また、操作状況の写真撮影が可能な場合は、写真の添付をして下さい。