

重度障害者用意思伝達装置 適合評価書(所見書)

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】						
障害状況	音声言語障害 聴力障害	運動障害 理解・認知障害	感覚障害 その他(失調)	脱力障害		
コミュニケーション能力	発声 Yes-No	筆談 サイン(瞬き、指さし)	読唇 文字盤	50音読みあげ	その他()	
使用中の用具	呼吸器 呼び鈴	電動ベッド パソコン	車いす その他()	リフター		
機器使用に対するニーズと使用目的	本人のニーズ					
	家族のニーズ					
	使用目的(機能)	日常使用文 ビデオ 呼び出し[会話 その他() ポケベル その他()	文書機器操作 ホームページ	テレビ 電子メール	
	使用場所	ベッド臥位 その他()	ベッド座位	車いす座位		
	機器の設置					
利用する運動機能と入力装置・固定	操作部位	頭頸部 その他()	顔面	上肢・手指	下肢	
	操作の可能性	有	無()			
	固定具の必要性	有	無			
適応評価	意思伝達の実用性	有	無()			
	操作の理解力	有	無()			
	機器の管理能力	有	無()			
評価担当者意見						
平成 年 月 日 記入者 : (職種)						