

重度障害者用意思伝達装置 判定調査書(事前評価票)

氏名	男・女 昭・平 年 月 日生()歳		
住所	TEL ()		
使用場所	在宅(楡・ 鬱・ 鯉・ 鮎・ 鰻) 病院() 施設(種別)		
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
筋萎縮性側索硬化症(ALS) (病名告知の有無 無 有)			
脳性麻痺(CP) 高位頸髄損傷 その他()			
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、内：配偶者 子()人 父 母 兄()人 叔 祖母 他()		
	介助者 無 有(主介助者)		
希望機種	家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか いない いる()		
	保健師による定期的なサポート体制の有無 無 有(担当者所属： 氏名：)		
使用目的	長文を作成したい 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	医師 PT OT ST 保健師 ケアマネ 業者 その他()		
PT・OT・ST等の評価があるか	無 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 無 有(手帳 有(程度)・ 無)		
	聴覚障害(聴力低下)の有無 無 有(手帳 有(級)・ 無)		
現在のコミュニケーション方法について	音声・言語機能 会話可能 家族等特定の人となら会話可能 会話不可		
	視力、視野障害の有無 無 有(手帳 有(級)・ 無)		
	経管栄養 無 有(胃瘻 鼻腔)		
	気管切開 無 有		
	人工呼吸器(MV)の使用 無 有(具体的に)		
現在のコミュニケーション方法について	【文字盤の使用】 有 無 その他()		
	使用している場合の使用法 文字を指す 目線を合わせる 棒をくわえて指す 瞬きをする 舌を鳴らす その他()		
	使用していない場合は何故か 知らなかった 以前は使用していた 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 ()		
現在のコミュニケーション方法について	【呼び鈴の使用】 使用中 使用なし 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)		
現在のコミュニケーション方法について	使用場面 誰か(家族)を呼ぶとき トイレの時 たん吸引 その他()		
	こちらの問いかけに対し、意思表示があるか 有 無 有の場合どのように理解するか 表情(どこを動かすか：) 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(具体的に)			
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)
意思伝達装置 の試用状況 又は評価情報	試用していない						
	試用してみた 本人の意思伝達装置の使用希望			大いにある	試用したら使えそうなので使いたい		
				多少興味あり	興味があるが機械は苦手		
				どちらかという消極的(家族が希望)	その他()		
	機械の操作に関する理解力			問題ない	問題あり()		
	使用時の姿勢	座位		リクライニング座位	臥位(仰臥位・側臥位)		
	試用スイッチ：種類()			設定方法()	操作部位()		
	試用スイッチの入力操作			スムーズ	要練習	要再選定	
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)							
平成 年 月 日							
記入者 :		(市町村 :			担当課 :		

市町村 CW が作成して下さい。