

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	昭・平・令 年 月 日生 () 歳
住	TEL () —
所 使用場所 :	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ※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) 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	<input type="checkbox"/> 使用している (1日あたり 時間 / 週 日) <input type="checkbox"/> 思っていたように使えている ・ <input type="checkbox"/> 思ったほど使えていない (使用内容) <input type="checkbox"/> 日常用件 ・ <input type="checkbox"/> 遠方の人とのやりとり ・ <input type="checkbox"/> 日記 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 操作が困難になってきている ・ <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (内容:) 【支援を受けられているか】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (内容:) 【支援機関等の有無】 <input type="checkbox"/> あり [支援機関、支援者等] <input type="checkbox"/> なし [<input type="checkbox"/> 受けられる機関がない ・ <input type="checkbox"/> 機関がわからない ・ <input type="checkbox"/> その他 ()]
継続フォロー事項	スイッチ交換の見直し その他の課題 次回調査 年 月 頃
市町村の意見	
令和 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。