

補装具支給調査書・重度障害者用意思伝達装置用

氏名			生年月日	年	月	日生 (歳)
疾患名			手帳交付年月日	年	月	
障害名				種	級	
現在の生活の場所	①在宅 (・自宅 ・アパート) _____階	②病院入院中 (_____月ごろ退院の予定 ・ 退院の予定無し)				
	デイサービス・訪問看護等の利用状況 (予定を含む) (_____)	※退院予定の方は その後の生活場所をお書きください (_____)				
1日の過ごし方	①ほとんどを車椅子上で過ごす ②ほとんどをベッド上で過ごす ③さまざまに姿勢を変えて過ごす					
	<③のかたのみお答えください> ・ 時々車椅子に乗る(歩行することもある 杖 1本・2本) ・ 短い距離であれば歩行するが長い距離になると車椅子を使用する ・ その他(_____)					
介護状況	・主な介護者 (配偶者 子 子の配偶者 その他(_____))					
	・介護者の状況 (年齢など _____)					
	・介護者と一緒に過ごす時間 (_____)					
重度障害者用意思伝達装置の使用について	目的	①介護者との意思疎通 ②インターネットやメール ③文章作成 ④その他				
	使用場所	①自宅内 ②施設／病院(施設名 _____)				
	使用するときの姿勢	①車椅子上 ②ベッド上(寝た状態で／坐って) ③その他(_____)				
	使用頻度・時間	1日あたり _____ 時間程度 週 _____ 日程度				
	支援者	装置を設定・使用してくれる介護者	配偶者・母・父・子・ヘルパー・その他(_____)			
<インターネットの利用を想定している場合> 設定を手伝ってくださる方		配偶者・母・父・子・ヘルパー・その他(_____)				
支援してくれる施設・病院・専門職等		有 ・ 無 <有 の場合> 施設・病院名 _____ 職種 _____				
意思伝達装置のアフターケアを行う業者						
操作状況及び必要性						