

重度障害者用意思伝達装置使用状況報告書(調査書別紙)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
現在のコミュニケーション手段	①言語 ②口の動き ③首の動きなど ④その他()			
	その詳しい状況 []			
使用目的	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()			
想定している使用場所	①自宅内 ②施設/病院(施設名) ③その他()			
使用時間・頻度	1日あたり 時間程度 週 日程度			
デモ機の使用について	本体の種類名称	スイッチの種類名称		
	使用した期間	年 月 日から 月 日まで 約 日間		
装置の使用状況	使用するときの姿勢	①車椅子 ②ベット上(寝た状態で/坐って) ③その他()		
		そのときの状態・問題点 []		
	操作について	操作部位	上肢()・下肢()・口唇・目瞼・前頭葉・その他()	
		操作状況	独力で可能・一部介助・不可能	
			[]	
	持久性	分程度操作可能 []		
介護者の状況	介護者	本人との関係()		
	介護者が行うこと	[]		
必要なもの	本体の種類名称	①ソフトウェアを搭載した専用機器 ・伝の心・レッツチャット・その他(製品名_____メーカー名_____)		
		②生体現象(脳血流量等)を利用するもの ・心語り・その他(製品名_____メーカー名_____)		
	付属品	スイッチ		
		固定台	要・不要	・アーム式又はテーブル置き式・自立スタンド式
		入力装置固定具	要・不要	
その他必要なもの				
支援者	(故障または操作困難時の支援者) ・有(所属_____氏名_____) ・無			
評価	年 月 日		所属: 職種: 氏名:	

※原則として支援に関わる作業療法士等の専門職が評価・作成し、該当項目に○印または欄内に記入して下さい。