

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			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車椅子上 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。