

ふりがな 氏名		年 月 日生	※主として聞き取りをした相手 本人・その他( )		
身体障害者手帳	障害名:		級	交付年月日	
				年 月 日	
現 病 歴	傷病の経緯		コミュニケーション方法の変化		
	障害の原因となった傷害又は疾病名 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症(ALS) <input type="checkbox"/> その他( ) 診断された時期( ) 医療機関( )				
	本人に対する病名の告知: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	主治医:医療機関名 _____ 診療科名 _____ 往診や保健師の定期的な訪問: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )				
生活状況	(1)入 院 : 退院予定(無・未定) 病院名( )				
	(2)入所中 : 施設名 ( ) (3)在 宅 : 一戸建・集合住宅( 階建ての 階) 同居の家族 無・有( 人)				
身体状況	【視覚障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 【聴覚障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	【音声・言語障害】 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 家族など特定の人との会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 【気管切開】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	【人工呼吸器の使用】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(機器の種類と使用時間: )				
	【経管栄養】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔) 【知的障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(療育手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	上肢	右			
左					
下肢	右				
	左				
支援者の状況		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( ) 主な介助者( )			
パソコンを使用するに当た ての支援者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本人との関係( ) 支援の状況( )			
パソコンの使用経験(本人の)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(いつ頃: )			
パソコンで何をしていたか					

様式例 補2-4 (2/2)

現在の意思伝達方法	【主にやりとりをする相手】( ) 【主にやりとりをする内容】( )
	【意思表示方法】意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 意思表示方法 (どこをどのように動かすか: )
	【呼び出しベル】( <input type="checkbox"/> 使用したことがない <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 以前は使用していた その他 ) 使用中・以前は使用していた場合: (商品名: ) (スイッチの種類: ) (スイッチを押す方法: ) 使用場面:( <input type="checkbox"/> 人を呼ぶ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 痰吸引 その他 ) 以前は使用していた場合:(使用しなくなった理由: )
	【文字盤の使用】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 透明 使用方法 <input type="checkbox"/> 文字を指す <input type="checkbox"/> 棒をくわえて指す <input type="checkbox"/> 読み上げに瞬きをする <input type="checkbox"/> 読み上げに舌を鳴らす <input type="checkbox"/> 目線を合わせる <input type="checkbox"/> その他( ) 使用していない場合:(使用していない理由: )
	【その他の意思伝達ツールの使用】 <input type="checkbox"/> コミュニケーションボード( ) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置(商品名: 使用期間: ) <input type="checkbox"/> パソコン(使用ソフト名: 使用期間: ) <input type="checkbox"/> その他( )

※以下は、意思伝達装置を試用した結果、申請希望の機種等を記入。

意思伝達装置(本体)	令和 年 月 日～令和 年 月 日 何を試したか( ) どこから借りたか( )
操作に際しての理解	<input type="checkbox"/> 理解可能 <input type="checkbox"/> 理解困難( )
使用時の姿勢	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング座位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位
スイッチ	種類 ( ) 操作部位 ( ) 動作 ( )

※以下は、意思伝達装置を実際に使用してもらった上で記入。

スイッチによる入力操作	<input type="checkbox"/> 意図したところで選択可能 <input type="checkbox"/> ときどきタイミングがずれる <input type="checkbox"/> 選択困難
誤入力した場合の修正	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 要練習 <input type="checkbox"/> 不可能
入力可能な程度	<input type="checkbox"/> 文章 <input type="checkbox"/> 短文 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> ほとんど不可能
漢字変換が可能か	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誤ることもあるがある程度可能 <input type="checkbox"/> 不可能
コミュニケーション手段として	<input type="checkbox"/> 実用可能 <input type="checkbox"/> 緊急時呼び出しが可能 <input type="checkbox"/> 不可能(下段へ↓)
実用に導くキーパーソン	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 医療関係者(所属: 職種: ) <input type="checkbox"/> 業者( ) <input type="checkbox"/> その他( )
本人は使う意志があるか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (本人に確認してください。)

備考	
----	--

写真提出に関するチェックリスト【書類判定】	
<input type="checkbox"/>	本人の全体像:全身が写っているか
<input type="checkbox"/>	機器の使用場面:適切(実用的で安楽)な姿勢と機器配置の様子が多方向から判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	入力装置(スイッチ)操作場面:操作している身体部位とスイッチの位置関係が判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	入力結果:入力した文字等が画面出力されていることが判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	構成機器:見積書の全項目が写っているか(試用段階で困難な場合は適合状態確認票提出時に添付すること)