

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>		
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( _____ ) 有 ・ 無 支援してくれる施設・病院・専門職等 <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			

年 月 日 市町村名

担当者名