様式第18号

重度障害者用意思伝達装置使用状況報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　男・女 | | 年　　　月　　日生（　　　歳） |
| 住所  使用場所　：　□在宅　□病院　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名  ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当（□する　□しない）  身障手帳：肢体不自由（　　）級、音声・言語機能障害（　　）級 | | |
| 使用開始 | 年　　　月　　日 | |
| 使用環境・その他 | 具体的に記入してください。 | |
| 使用頻度・状況 | □使用している（１日あたり　　時間　／　　週　　日）  　　□思ったように使えている　・　□思ったほど使えていない  　 　（使用内容）  □　日常用件　・　□　遠方の人とのやりとり　・　□　日記  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □使用していない | |
| （※「思ったほど使えていない」、「使用していない」場合）  □　機器本体の使い方が分からない  □　スイッチが使いにくい・使えない  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 本人の操作能力 | 操作状況　　　　　：　独力で可能　・　一部介助　・　不可能  スイッチの適合　　：　良好　・　不良（　　　　　　　　　　　　　　）  その他付属品の適合：　良好　・　不良（　　　　　　　　　　　　　　）  使用感　　　　　　：　使いやすい　・　使いにくい（　　　　　　　　） | |
| 介護者の操作能力 | 操作状況：　独力で可能　・　一部介助　・　不可能  使用感　：　使いやすい　・　使いにくい（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 身体機能 | （状況の変化があれば記載） | |
| 支援の有無 | 【使用に関する支援の必要性】  □　なし　・　□　あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　）  【支援を受けられているか】  □　なし　・　□　あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　）  【支援機関等の有無】  □　あり　［　支援機関、支援者等　　　　　　　　　　　　　　　　］  □　なし　［　□　受けられる機関がない　・　□　機関がわからない  　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　］ | |
| 満足度 | 本人：　　　　　　　　　　　　　主たる介護者： | |
| 備考欄 |  | |
| 年　月　日  記入者：　　　　　　　　　　（市町村：　　　　　　担当課：　　　　　　　　　） | | |