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　→　使用できていない状況・理由を備考欄に詳細に記載してください。 |
| 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：　　　　　　　　　）　 |