様式13号

重度障害者用意思伝達装置調査書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | （性別：　） | 生年月日 | 年　月　日 生（　　歳） |
| 住所 | |  | | |
| 手帳番号 | | 第　　　　　　号 | 等級 | 級 |
| 障害名 | |  | | |
| 家族構成  （家族の状況） | | □単身  □家族等と同居（同居者の続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生活の場所 | | □自宅  □施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □病院（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 介護者関連 | | 介護者の有無  □なし  □あり　介護者の状況等： | | |
| 福祉サービスの利用状況 | | □なし  □あり | | |
| 入所・入院歴 | | 過去２年間の入所歴　□なし　□あり  あり⇒　入所期間：　　　年　月～　　　年　月（施設名：　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　年　月～　　　年　月（施設名：　　　　　　　　　　　　　　）  過去２年間の入院歴　□なし　□あり  あり⇒　入院期間：　　　年　月～　　　年　月（病院名：　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　年　月～　　　年　月（病院名：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 通院状況 | | * なし * あり   　　　　年　　月　～　　　年　　月（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  年　　月　～　　　年　　月（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　年　　月　～　　　年　　月（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  年　　月　～　　　年　　月（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療の状況 | | □中心静脈栄養　□ストマの処置　□レスピレーター（人工呼吸器）  □気管切開の処置　□経管栄養　□褥瘡の処置　□カテーテル  □その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 区分 | | 新　規　　・　　再 交 付　　・　　修　理 | | |
| 装置の状況 | １　使用していた重度障害者用意思伝達装置の内容（日常的に使用していた場合に限る）  　　取得の方法：□補装具費　□日常生活用具　□自費購入　□譲渡  　　本体：□伝の心　□レッツチャット　□その他（名称：　　　　　　　　　　　　　）  　　附属装置等：　□固定台(ｱｰﾑ式、ﾃｰﾌﾞﾙ置き式、自立ｽﾀﾝﾄﾞ式)　□入力装置固定具  □入力装置　　種類：　　　　　　　　　式、名称：  　操作部位：  □呼び鈴（操作部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □呼び鈴分岐装置  　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　新たに必要とする重度障害者用意思伝達装置の内容  　　本体：□伝の心　□レッツチャット　□その他（名称：　　　　　　　　　　　　　）  　　附属装置等：　□固定台(ｱｰﾑ式、ﾃｰﾌﾞﾙ置き式、自立ｽﾀﾝﾄﾞ式)　□入力装置固定具  □入力装置　　種類：　　　　　　　　　式、名称：  　操作部位：  □呼び鈴（操作部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □呼び鈴分岐装置  　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |