

氏名	() 歳
支援者状況	家族構成()人、内訳: ☐ 配偶者 ☐ 子()人 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 他() ☐ 介助者 ☐ 無 ☐ 有(主な介助者) 家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか ☐ いない ☐ いる(続柄:) 保健師による定期的なサポート体制はあるか ☐ ない ☐ ある(所属:)
使用目的	(どのような場面での使用を想定しているか)
使用場所	☐ 在宅 ☐ 病院() ☐ 施設(名称・種別) ☐ その他()
身体状況	知的障害の有無 ☐ 無 ☐ 有(手帳 ☐ 有(程度)・ ☐ 無) 聴覚障害(聴力低下)の有無 ☐ 無 ☐ 有(手帳 ☐ 有(級)・ ☐ 無) 音声・言語機能 ☐ 会話可能 ☐ 家族等特定の人となら会話可能 ☐ 会話不可 視力、視野障害の有無 ☐ 無 ☐ 有(手帳 ☐ 有(級)・ ☐ 無) 気管切開 ☐ 無 ☐ 有(手術の時期:) 人工呼吸器又は酸素吸入器の導入 ☐ 無 ☐ 有(☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素吸入器) 食事の方法 ☐ 経口摂取(☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ソフト食 ☐ ミキサー食(ポタージュ状)) ☐ 経管(経腸)栄養法(☐ 胃瘻 ☐ 鼻腔 ☐ 腸瘻) ☐ 中心静脈栄養法
現在のコミュニケーション方法について	【文字盤の使用】 ☐ 無 ☐ 有(☐ 五十音・数字配列 ☐ 主訴をカード又はボードで工夫し作成) 使用している場合の使用法 ☐ 文字を指す ☐ 目線を合わせる ☐ 棒をくわえて指す ☐ 瞬きをする ☐ 舌を鳴らす ☐ その他() 使用していない場合は何故か ☐ 知らなかった ☐ 以前は使用していた ☐ その他() 以前使用していた場合: 使用できなく(使用しなく)なった理由 ()
	【呼び鈴の使用】 ☐ 使用なし ☐ 使用中 ☐ 使用が困難になりつつある 呼び鈴の使用場面 ☐ 誰か(家族)を呼ぶ時 ☐ トイレの時 ☐ 痰吸引時 ☐ その他()
	こちらの問いかけに対し、意思表示があるか ☐ 有 ☐ 無 有の場合どのように理解するか ☐ 表情(どこを動かすか:) ☐ 合図(どこを動かすか:) 他に動かすことができる身体部位()
	主に誰とコミュニケーションをとるのか、又はとりたいか() 伝達内容として多いのはどんな内容か(具体的に) 現在困っていることは何か()
	パソコン等の使用経験 ☐ 無 ☐ 有(☐ パソコン ☐ スマートフォン ☐ タブレット端末 ☐ 携帯用会話補助装置 ☐ その他()
意思伝達装置の試用状況 (試用後に判定依頼すること)	☐ 試用期間(年 月 日から 日間) 機械の操作に関する理解力 ☐ 問題ない ☐ 問題あり() 使用時の姿勢 ☐ 座位 ☐ リクライニング座位 ☐ 臥位(☐ 仰臥位・ ☐ 側臥位) 試用スイッチ: 種類(), 操作部位() 試用時の評価÷ (文字盤よりコミュニケーションが改善した内容、本人の表情変化や意欲等) []
本体及びスイッチの選定理由	本体: スイッチ:
専用機器の付加	通信機器の付加 ☐ なし ☐ あり(相手方及び要求内容:) 環境制御機能の付加 ☐ なし ☐ あり(☐ 簡易 ☐ 高度) ありの場合、自ら操作する機器及び要求項目:
備 考 (その他参考となる事項)	