

# 重度障害者用意思伝達装置事前調査書

氏名		男・女	生年月日	MT SHR	年	月	日 ( 歳)
申請理由							
使用場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院( ) <input type="checkbox"/> 入所( )						
身体状況について ※1	①音声による会話: <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 特定の人となら会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 ②聴力の状況(日常会話への支障の有無): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ③視力・視野の状況(日常会話への支障の有無): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ④日常会話の理解: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能(療育手帳等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
希望の意思伝達装置	支給 [ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再支給 ] / <input type="checkbox"/> 修理 本体 : レッツチャット・伝の心・その他( )						
今回の申請に伴う 試用(デモ)実績 (1週間程度)※2	1. 有り	<input type="checkbox"/> 申請内容と同じもの 試用期間 年 月 日 ~ 年 月 日  <input type="checkbox"/> 本体機種のみ申請内容と異なるもの 商品名:[ ] 試用期間 年 月 日 ~ 年 月 日  業者名/連絡先[ ] 業者担当者氏名[ ]					
	2. 無し	<u>※試用がない場合は、以下の該当するものにチェックをしてください</u> <b>意思伝達装置の操作経験</b> <input type="checkbox"/> 申請内容と同じ内容の操作経験有り [使用期間 年 月頃~ 年 月頃]  <input type="checkbox"/> 本体機種のみ異なる内容の操作経験有り [商品名: ] [使用期間 年 月頃~ 年 月頃]  <input type="checkbox"/> 無し					
ご本人の障がい 状況が分かる 医療関係者	担当者氏名・職種[ ] 所属・連絡先[ ] <p style="text-align: center;">※相談所から担当者へ連絡をすることがあります</p>						
令和 年 月 日 記入者:				印 (市町村・担当課 )			

・※1及び※2については、留意点を御参照ください。  
 ・市町村担当職員が記載し、判定依頼の際に添付してください。

# 重度障害者用意思伝達装置事前調査書留意点

事前調査書は、重度障害者用意思伝達装置の申請受付の際にご確認いただき、記載をお願いします。

※1 身体状況の確認は、支給対象の条件該当かの確認のために必要となります。

①音声による会話で「会話可能」な場合は、支給対象外です。

②③④で支障有り又は理解不可能の場合、判定依頼受付後、試用の際の状況等調査を行うことがあります。

※2 今回の申請に伴う試用(デモ)実績:

試用(デモ)実績を確認いただき、以下の該当する対応をお願いします

