

重度障害者用意思伝達装置（視線入力方式又は視線検出式入力装置）事前評価票

氏名	男・女	昭・平・令	年	月	日生（ ）歳
住所	TEL（ ）－（ ）				
使用場所	□在宅（□療・□療・□診療 院） □病院（ ） □施設（種別（ ））				
障害名及び原因となった疾病・外傷名					
□筋萎縮性側索硬化症(ALS)（※病名告知の有無 □無 □有）					
□脳性麻痺(CP) □高位頸髄損傷 □その他（ ）					
※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 【等級（ ）級】					
支給対象者要件 <u>該当する要件に</u> チェック	☐ 視線入力装置以外の入力装置（スイッチ）では操作が困難であり、視線入力装置でなければ使用が困難な者 ☐ 視線入力装置以外の入力装置（スイッチ）でも操作は可能であるが、進行性である等疾患の性質上、耐用年数内で使用困難な状況となる可能性があり、意見書作成医により視線入力装置の必要性があると診断されている者。 ☐ 視線入力装置以外の入力装置（スイッチ）でも操作は可能であるが、意見書作成医により、疾患の性質上、易疲労性が強い等実用的でないとは診断されており、視線入力装置であればスムーズな意思伝達が可能になる者。 ☐ 視線入力装置以外の入力装置（スイッチ）でも操作は可能であるが、職業・教育上等で、Eメール、インターネット等を必要とする場合で、視線入力装置以外の入力装置では実用性が乏しく、視線入力装置が必要であると認められる者。 →【就労の有無】 ☐ 仕事をしている（仕事内容：（ ）） ☐ 仕事をしていない →【就学の有無】 ☐ 学校教育法上の学校に在学中（学校名：（ ）） ☐ 就学していない				
支援者状況	家族構成（ ）人、 注 ：□配偶者 □子（ ）人 □父 □母 □兄弟（ ）人 □祖父 □祖母 □他（ ） 介助者 □無 □有（ 注 ） 家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか □いない □いる（ ） 保健師による定期的なサポート体制の有無 ☐ 無 ☐ 有（担当者所属：（ ）氏名：（ ））				
希望機種	☐ 無 ☐ 有（ ）				
使用目的	☐ 長文を作成したい ☐ その他、どんな場面での使用を想定しているか、具体的な内容（ ）				
誰に勧められたか	☐ 医師 ☐ P T ☐ O T ☐ S T ☐ 保健師 ☐ ケアマネ ☐ 業者 ☐ その他（ ）				
PT・OT・ST等の評価があるか		☐ 無 ☐ 有（評価資料を添付すること）			
主治医	病院名： 診療科：				
身体状況	知的障害の有無 ☐ 無 ☐ 有（ 種別 □有（ 程度 （ ））・ ☐ 無） 聴覚障害（聴力低下）の有無 ☐ 無 ☐ 有（ 種別 □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（ 種別 □有（（ ）級）・ ☐ 無） 経管栄養 ☐ 無 ☐ 有（□胃瘻 □鼻腔） 気管切開 ☐ 無 ☐ 有 人工呼吸器（MV）の使用 ☐ 無 ☐ 有（ 機種 （ ））				

