様式例Ｂ－８

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(□戸建・□集合住宅　階)　□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 *該当する要件にチェック*	□ 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、内訳:□配偶者　□子(　)人　□父　□母　□兄弟(　)人　□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（　　） 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(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) 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(具体的に　　)	

現在のコミュニケーションについて	【文字盤の使用】　□有　□無　□その他（　　） 使用している場合の使用方法　□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：なぜ使用できなく（使用しなく）なったのか理由 （　　）
	【呼び鈴の使用】　□使用中　□使用なし　□使用が困難になりつつある 使用中の場合：　メーカー・機種（　　） スイッチの種類（　　） 使用が困難になりつつある場合： 今までどのようにスイッチを押していたか （具体的に　　） どのように押せなくなったか （具体的に　　） 使用場面　□誰か（家族）を呼ぶとき　□トイレの時　□たん吸引 □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（　　）

本人のパソコンの使用経験　□有　□無	購入予定業者　□未定　□有（業者名　　）
意思伝達装置の試用状況又は評価情報	□試用していない □試用してみた 本人の意思伝達装置の使用希望　□大いにある □試用したら使えそうなので使いたい □多少興味あり □興味があるが機械は苦手 □どちらかというと消極的（家族が希望） □その他（　　） 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（　　）、設定方法（　　）、操作部位（　　） 試用スイッチの入力操作　□スムース　□要練習　□要再選定
デモ機試用について、介助者の感想等	
備　考（その他参考となる事項）	
令和　　年　　月　　日 記入者　：　　（市町：　　担当課：　　）	

※　市町補装具担当者が作成して下さい。