コミュニケーション支援に係る情報整理シート

◎基本情報　　記入日　令和　　年　　月　　日

下記について、必要事項の記入及び該当項目に〇をつけてください。　　記入者

対　象　者	（男・女）　S / H / R　　年　　月　　日生まれ（　　歳）
現在のコミュニケーション方法	1.会話　2.筆談　3.文字盤　4.読み上げソフト 5.まばたき　6. うなずき　7.その他（　　）
ADL	
視力・視野制限	有（　　）・　無
主な介護者	日中：　　夜間：
本人のニーズ	1. 意思伝達・コミュニケーション　2. メール　3. コール機能　4. インターネット 5. 家電等のリモコン機能　6. 持ち運びができるもの 7. その他（　　） ※具体的なニーズ（余暇も含めて）
家族のニーズ	
職業 （現在・病前）	
本人の趣味	
パソコン スマホ等の 使用経験	【パソコンの使用経験】　有　・　無　　【パソコン所持】　有　・　無 使用経験有の場合➢主な用途：メール、インターネット、Word、Excel、その他(　　) 【スマートフォン、タブレットの使用経験】　有　・　無 【スマートフォンの所持】　有　・　無　　【タブレットの所持】　有　・　無
音声・ 言語機能	【気管切開】　有　・　無　⇒【無の場合、気管切開の希望】　有　・　無 【音声機能】　1.会話ができる（単語でも可）　2.口パクのみ可　3.不可
意図的な運動が可能な部位	1.上肢（右・左）・手指（右・左）：部位【　　】 2.下肢（右・左）・足部（右・左）：部位【　　】 3.頸部　4.頬・顎 5.顔面筋：部位【　　】　6.その他【　　】

◎コミュニケーション手段の見立て・試用（複数選択可能）

1.イエス・ノーによる意思表示　2.文字盤　3.用事表（コミュニケーションノート）　4.筆談
5.パソコン・タブレット・スマホの読み上げ　6.携帯用会話補助装置ペチャラ　7.コール
8.重度障害者用意思伝達装置（ファインチャット ・ 伝の心 ・ TCスキャン ・ eeyes ・ オペナビ）
9.その他（　　）

◎上記、7～８を選択した場合は、<u>現在の機能で有効</u>だと思われるスイッチ（3つまで選択可能）

1.ジェリービーンスイッチ　2.ビックスイッチ　3.スペックスイッチ　4.マイクロライトスイッチ
5.ポイントタッチスイッチ　6.棒スイッチ　7.PPSスイッチ　8.視線入力
9.その他（　　）

◎<u>操作姿勢・部位</u>　（　　）

◎選択の理由