

利用者登録 受付	年度-	利用者登録番号 _居住地	-
-------------	-----	-----------------	---

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

①利用者登録申請書 p1/2

福岡県言語聴覚士会 会長 殿

次の通り、利用登録を申請します

(代理/協力申請者は、本人に記載内容の確認・承諾を必ず得てください)

記入日 20 年 月 日

1.利用申請者 (本人)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		歳
	氏名		<input type="checkbox"/> 回答しない			
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
住所	〒 - (西暦) 年		電話	携帯		
				自宅		
				FAX		
				メール アドレス		
2.代理申請者 /申請協力者	フリガナ		電話			
	氏名		メール アドレス			
	<input type="checkbox"/> 1 家族 <input type="checkbox"/> 2 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 5 その他()	ご関係		<input type="checkbox"/> 3 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 4 ボランティア	ご所属	
3. 支援当日の 緊急連絡先	フリガナ		申請者とのご関係 ()			
	氏名		電話			
			メール アドレス			
4. 失語症の 有無の確認 123)身障手帳 の確認 4)その他の 書類提出	1) 身体障害者手帳 第 号 <input type="checkbox"/> 無し		4) 「身体障害者手帳」が左記のいずれかで「無し」に該当した場合は「失語症」であることが記載された診断書・評価報告書などをご提出下さい(下記参照 複写可)			
	2)音声・言語・そしゃく機能障害等級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 医師の診断書、意見書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書			
	3) 失語症の記載 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> リハビリテーション総合実施計画書 <input type="checkbox"/> 失語症検査結果		<input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 該当書類無し	
			5) 書類の提出が難しい場合も「利用者登録申請」は可能です(失語症の確認のため、面接をさせて頂く場合があります)			

利用者登録 受付	年度 -	利用者登録番号 / 居住地	/
-------------	------	------------------	---

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

①利用者登録申請書 p2/2

5. 意思疎通の状況、 援助方法など	1. 会話状況	<input type="checkbox"/> 1) 日常会話であれば自分の言いたいことが大体は伝えられる <input type="checkbox"/> 2) 日常会話において一部自力で伝えられるが、聞き手の誘導や推測が必要 <input type="checkbox"/> 3) 自分から話したり書いたりすることはかなり困難			
	2. 援助の必要度	1) 話す	<input type="checkbox"/> A) 概ね不要	<input type="checkbox"/> B) 一部必要	<input type="checkbox"/> C) 全面的に必要
		2) 書く	<input type="checkbox"/> A) 概ね不要	<input type="checkbox"/> B) 一部必要	<input type="checkbox"/> C) 全面的に必要
		3) 聴く	<input type="checkbox"/> A) 概ね不要	<input type="checkbox"/> B) 一部必要	<input type="checkbox"/> C) 全面的に必要
4) 読む		<input type="checkbox"/> A) 概ね不要	<input type="checkbox"/> B) 一部必要	<input type="checkbox"/> C) 全面的に必要	
3. 会話の主な 補助手段	<input type="checkbox"/> 1) 相手に書いて示してもらう <input type="checkbox"/> 2) 本人が書く (<input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 絵) <input type="checkbox"/> 3) 本人用の会話ノート・手帳メモ所持 <input type="checkbox"/> 4) 選択肢から選ぶ、はい/いいえで答える <input type="checkbox"/> 5) 身振り <input type="checkbox"/> 6) うなずき・首振り <input type="checkbox"/> 7) 態度・表情 <input type="checkbox"/> 8) 他 <input type="checkbox"/> 具体的に				
	4. 援助のコツなど				
6. 失語症以外の 高次脳機能障がい		<input type="checkbox"/> 1) 特に無し <input type="checkbox"/> 2) 注意障がい <input type="checkbox"/> 3) 記憶障がい <input type="checkbox"/> 4) 遂行機能障がい <input type="checkbox"/> 5) その他 (具体的に)			
7. 視覚障がい		<input type="checkbox"/> 1) 特に無し <input type="checkbox"/> 2) 有り 具体的に ()			
8. 聴覚障がい		<input type="checkbox"/> 1) 特に無し <input type="checkbox"/> 2) 有り 具体的に ()			
9. 身体介助	1) 移動介助	<input type="checkbox"/> A) 不要 <input type="checkbox"/> B) 見守り <input type="checkbox"/> C) 要介助	※利用手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	2) トイレ介助	<input type="checkbox"/> A) 不要 <input type="checkbox"/> B) 見守り <input type="checkbox"/> C) 要介助 ()			
10. 主な利用目的		<input type="checkbox"/> 失語症者の集まり () <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 役所などでの手続き <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 娯楽			
11. その他、ご要望 健康上の留意点など					

1) 氏名・住所などの個人情報は本事業の目的外には使用しません。 2) 申請書の記入が難しい場合は福岡県言語聴覚士会にご相談下さい。