

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

記入例

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・承諾を必ず得て下さい)

記入日 20 23 年 6 月 20 日

1.利用申請者 (本人)	フリガナ	フクオカ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	71	歳
	氏名	福岡 太郎	<input type="checkbox"/> 回答しない	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	25	年 1 月 1 日 生
	住所	〒 819 - 1234 (西暦 1950 年)	福岡市 西区 ○○ 1 - 2 - 3 - 4 0 5	電話	携帯 090-0000-0000 自宅 092-800-0000	FAX なし メール アドレス abcde@fmail.ne.jp
2.代理申請者 /申請協力者	フリガナ	コガ ハナコ	電話	092-700- × × × ×		
	氏名	古賀 花子	メール アドレス	ghjklm@nmail.co.jp		
		<input type="checkbox"/> 1 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 2 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 5 その他()		ご所属 ○○病院 リハビリテーション部		
		ご関係		<input type="checkbox"/> 3 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 4 ボランティア		
3. 支援当日の 緊急連絡先	フリガナ	フクオカ ジロウ	申請者とのご関係 (弟)	電話	090-0000- × × × ×	
	氏名	福岡 二郎	メール アドレス	pqrstu@vmail.com		
4. 失語症の 有無の確認	1) 身体障害者手帳		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)			
	第 1000000 号	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 医師の診断書、意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療情報提供書 <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			
	2) 音声・言語・そしゃく機能障害等級		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)			
123)身障手帳 の確認	<input type="checkbox"/> 3級 <input checked="" type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 無し					
4)その他の 書類提出	3) 失語症の記載					
	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し					

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

記入例

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B) 一部必要 <input type="checkbox"/> C) 全面的に必要
4) 読む <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1) 相手に書いて示してもらう <input checked="" type="checkbox"/> 2) 本人が書く (<input checked="" type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 絵) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 5) 身振り <input type="checkbox"/> 6) うなずき・首振り <input checked="" type="checkbox"/> 7) 態度・表情 <input checked="" type="checkbox"/> 8) 他 <u>具体的に</u> スマホ利用中。家族友人とは電話する	
	4. 援助のコツなど	言葉が出るまで待ってほしい。長く話されるとわからない
6. 失語症以外の高次脳機能障がい		<input type="checkbox"/> 1) 特に無し <input checked="" 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 (<u>具体的に</u>)
7. 視覚障がい		<input type="checkbox"/> 1) 特に無し <input checked="" type="checkbox"/> 2) 有り <u>具体的に</u> (<u>右側が見えにくい</u>)
8. 聴覚障がい		<input type="checkbox"/> 1) 特に無し <input checked="" type="checkbox"/> 2) 有り <u>具体的に</u> (<u>両耳に補聴器</u>)
9. 身体介助	1) 移動介助	<input type="checkbox"/> A) 不要 <input checked="" type="checkbox"/> B) 見守り <input type="checkbox"/> C) 要介助 <u>※利用手段</u> <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子
	2) トイレ介助	<input type="checkbox"/> A) 不要 <input checked="" type="checkbox"/> B) 見守り <input type="checkbox"/> C) 要介助 ()
10. 主な利用目的		<input checked="" type="checkbox"/> 失語症者の集まり (<u>〇〇病院 失語症の会</u>) <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 役所などでの手続き <input checked="" 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		右側に気づきにくい。右手に麻痺があり書くのに時間がかかる。

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。