

| | | | | | |
|-------------------|--|---|---|---|----|
| 失語症の診断 | | <input type="checkbox"/> 失語症と診断されている <input type="checkbox"/> 失語症と診断されていない | | ※ 構音障害など失語症以外の言語障害のみ の場合、登録の対象外となります。 | |
| 身体障害者福祉手帳の所持状況 | | <input type="checkbox"/> 所持している <input type="checkbox"/> 所持していない | 障害名 <input type="checkbox"/> 音声、言語機能の著しい障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 | 種別 | 等級 |
| 失語症と診断された病院/施設の名称 | | | | | |
| 現在の意思疎通の状況と支援の必要性 | 状況 | <input type="checkbox"/> 日常会話であれば概ね自分の言いたいことが伝えられる <input type="checkbox"/> 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"/> 自分から話したり書いたりすることが困難 | | | |
| | | 理解 <input type="checkbox"/> 話し言葉のみでほぼ理解できる <input type="checkbox"/> 文字などの補助手段が必要 | | | |
| | 意思疎通の方法 | <input type="checkbox"/> 話し言葉（ゆっくり、短文） | | <input type="checkbox"/> メモと手帳（書字・選択肢の指差し） | |
| | | <input type="checkbox"/> はい、いいえで答える | | <input type="checkbox"/> 表情・身振り <input type="checkbox"/> 写真や絵 | |
| | | <input type="checkbox"/> 会話ノート（必要な事柄の指差し） 具体的に： <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 必要な支援 | 【話す】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【読む】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【聞く】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【書く】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 | | | | |
| | 必要な支援内容を具体的にご記入ください | | | | |
| 移動手段 | | <input type="checkbox"/> 支え無しで歩ける <input type="checkbox"/> 杖を使って歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子使用 | | | |
| 他制度の利用状況 | 障害福祉サービス | | | | |
| | その他 | | | | |
| 日常生活の様子 | | | | | |
| 特記事項 | 意思疎通支援の際に注意すること等 | | | | |
| | | | | | |

(注) 添付書類

障害者手帳あるいは医師の診断書、リハビリテーション計画書等の写し