

記入例

失語症者登録申請書

令和 6年 4月 1日

記入日

加東市 長 様

加東市 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用のため、次の通り登録を申請します。

フリガナ	ヒョウゴ タロウ			性	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	
氏名	兵庫 太郎			別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	20 年 1 月 1 日	65 歳			
居住地等	住所	〒 673 - 1431 加東市社50番地				
	電話番号	090-0000-△△△△	FAX	0795-△△-□□□□		
	メールアドレス	taro□□□ @ △△△.co.jp				
緊急連絡先	氏名	兵庫 花子			続柄	妻
	住所	〒 - 同上				
	電話番号	090-0000-△△△△	FAX	0795-△△-□□□□		
家族構成	氏名	続柄	年齢	同居		
	兵庫 一郎	長男	40 才	X		
			才			
			才			
		才				

支援を利用される方の
名前・住所などを
ご記入ください

緊急時に連絡して
ほしい方について
ご記入ください

同居の場合は "O"
別居の場合は "x"
をご記入ください

失語症の診断	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 所持している <input type="checkbox"/> 所持していない	障害名 <input checked="" type="checkbox"/> 音声、言語機能の著しい障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由	種別 2 種	等級 3 級	医師の診断、 障害者手帳について ご記入ください	
失語症と診断された病院/施設の名称		〇〇病院				病院/施設名
現在の意思疎通の状況と支援の必要性	状況 表出 <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 文字などの補助手段が必要				現在の、 失語症の症状 移動手段について ご記入ください
	意思疎通の方法 <input checked="" type="checkbox"/> 話し言葉（ゆっくり、短文） <input checked="" type="checkbox"/> はい、いいえで答える <input type="checkbox"/> 会話ノート（必要な事柄の指差し）	<input checked="" type="checkbox"/> メモと手帳（書字・選択肢の指差し） <input type="checkbox"/> 表情・身振り <input type="checkbox"/> 写真や絵				
	具体的な： <input checked="" type="checkbox"/> その他 文字があるとわかりやすい 話すときはゆっくり話してほしい	【話す】 <input checked="" type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 全面的に必要 【読む】 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全面的に必要 【書く】 <input type="checkbox"/> 一部必要 <input checked="" type="checkbox"/> 全面的に必要				
	必要な支援 必要な支援内容を具体的にご記入ください 紙に書いて説明してほしい 数字はわかりにくい					
移動手段	<input type="checkbox"/> 支え無しで歩ける <input checked="" 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	使用していない				現在利用されている 福祉サービスが あればご記入ください
	その他	使用していない				
日常生活の様子	・妻と二人暮らし ・家に居ることが多い ・言語リハビリに週1回行っている					普段の過ごし方について簡単に
特記事項	意思疎通支援の際に注意すること等 特にありません					言語症状や健康面など注意点があれば

(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