

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・承諾を必ず得て下さい)

記入日 20 年 月 日

1.利用申請者 (本人)	フリガナ			☐ 男 ☐ 女	年齢		歳	
	氏名			☐ 回答しない				
				☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日生	
	住所	〒		-		(西暦)	年	
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				
	☐ 1 家族	☐ 2 言語聴覚士	☐ 5 その他()					
	ご関係	☐ 3 介護支援専門員	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				
4. 失語症の 有無の確認	1) 身体障害者手帳	第	号	☐ 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	☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 無し		☐ 医師の診断書、意見書 ☐ 診療情報提供書 ☐ リハビリテーション総合実施計画書 ☐ 失語症検査結果 ☐ 他 () ☐ 該当書類無し				
	3) 失語症の記載	☐ 有り ☐ 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)				
	123) 身障手帳の確認							
4) その他の書類提出								

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 p 2 / 2

5. 意思疎通の状況、援助方法など	1. 会話状況	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	☐ A) 概ね不要	☐ B) 一部必要 ☐ C) 全面的に必要
		2) 書く	☐ A) 概ね不要	☐ B) 一部必要 ☐ C) 全面的に必要
		3) 聴く	☐ A) 概ね不要	☐ B) 一部必要 ☐ C) 全面的に必要
		4) 読む	☐ A) 概ね不要	☐ B) 一部必要 ☐ C) 全面的に必要
3. 会話の主な補助手段	☐ 1) 相手に書いて示してもらう ☐ 2) 本人が書く (☐ 文字 ☐ 絵) ☐ 3) 本人用の会話ノート・手帳メモ所持 ☐ 4) 選択肢から選ぶ、はい/いいえで答える ☐ 5) 身振り ☐ 6) うなずき・首振り ☐ 7) 態度・表情 ☐ 8) 他 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		☐ 1) 特に無し ☐ 2) 注意障がい ☐ 3) 記憶障がい ☐ 4) 遂行機能障がい ☐ 5) その他 (具体的に)		
7. 視覚障がい		☐ 1) 特に無し ☐ 2) 有り 具体的に ()		
8. 聴覚障がい		☐ 1) 特に無し ☐ 2) 有り 具体的に ()		
9. 身体介助	1) 移動介助	☐ A) 不要 ☐ B) 見守り ☐ C) 要介助	※利用手段 ☐ 杖 ☐ 車椅子	
	2) トイレ介助	☐ A) 不要 ☐ B) 見守り ☐ C) 要介助 ()		
10. 主な利用目的		☐ 失語症者の集まり () ☐ 会議 ☐ 受診		
		☐ 役所などでの手続き ☐ 交通機関の利用 ☐ 買い物 ☐ 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。