

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		☒ 男 ☐ 女	年齢	71		歳
	氏名	福岡 太郎		☐ 回答しない				
		☒ 昭和 ☐ 平成	25	年	1	月	1	日生
		〒 819 - 1234	(西暦) 1950 年					
2. 代理申請者 / 申請協力者	フリガナ	コガ ハナコ		電話	090-0000-0000			
	氏名	古賀 花子		メール アドレス	ghjklm@nmail.co.jp			
	☐ 1 家族 ☒ 2 言語聴覚士 ☐ 5 その他()							
	ご関係	☐ 3 介護支援専門員 ☐ 4 ボランティア	ご所属		〇〇病院 リハビリテーション部			
3. 支援当日の 緊急連絡先	フリガナ	フクオカ ジロウ		申請者との関係 (弟)				
	氏名	福岡 二郎		電話	090-0000-××××			
4. 失語症の 有無の確認	1) 身体障害者手帳	第 1000000 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・評価報告書などを提出下さい (下記参照 複写可)					
	123) 身障手帳の確認	2) 音声・言語・そしゃく機能障害等級	☐ 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					
	4) その他の書類提出	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)						

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

記入例

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 スマホ利用中。家族友人とは電話する		
4. 援助のコツなど	言葉が出るまで待つてほしい。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		☐ 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 (右側が見えにくい)	
8. 聴覚障がい		☐ 1) 特に無し ☒ 2) 有り 具体的に (両耳に補聴器)	
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 (○○病院 失語症の会) ☐ 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		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。