



失語症者向け意思疎通支援者派遣事業
利用登録申請書

年 月 日

北海道言語聴覚士会 様

ふりがな				性別	生年月日・年齢	
氏名				男・女	年 月 日 歳	
住所	〒					
電話	FAX/E-mail					
失語症有無	失語症と診断されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
障害等級	音声・言語機能障害		級	総合		級
日常会話の状況 (該当するものに○をつけてください)	<input type="checkbox"/>	概ね自力で伝えられるが、細かいことは配慮が必要				
	<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難しい				
意思疎通方法	話し言葉・メモと手帳(書字・選択肢の指差し)・頷き・身振り 写真や絵・会話ノート・その他()					
必要な支援内容	話す	<input type="checkbox"/> 一部必要	<input type="checkbox"/> 全面的に必要	<input type="checkbox"/> その他()		
	聞く	<input type="checkbox"/> 一部必要	<input type="checkbox"/> 全面的に必要	<input type="checkbox"/> その他()		
	読む	<input type="checkbox"/> 一部必要	<input type="checkbox"/> 全面的に必要	<input type="checkbox"/> その他()		
	書く	<input type="checkbox"/> 一部必要	<input type="checkbox"/> 全面的に必要	その他()		
希望する支援内容	<input type="checkbox"/>	ゆっくり話してほしい			<input type="checkbox"/>	ゆっくり待ってほしい
	<input type="checkbox"/>	短い文で話してほしい			<input type="checkbox"/>	文字で書いてほしい
	<input type="checkbox"/>	絵・イラスト・写真を使ってほしい				
	<input type="checkbox"/>	その他(具体的に:)				
意思疎通支援の際、注意してほしいこと						
その他、要望等						
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩(支え無し) <input type="checkbox"/> 杖利用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用					
緊急時連絡先						
氏名	(続柄)					
Tel:				Mail:		

※身体障害者手帳をお持ちの方は身体障害者手帳の写しを添付してください。

※身体障害者手帳をお持ちでない方は失語症であることがわかる診断書又はリハビリ実施計画書やサービス提供表等の写しを添付してください。