

# コミュニケーション支援機器適合評価チャート

Augmentative and alternative communication (AAC)

## 基礎情報

氏名		生年月日		年齢		歳	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
身長		cm	体重		kg	利き手	右 <input type="radio"/>	左 <input type="radio"/>
住所	〒							
電話								
FAX								
E-mail		@						
評価日		評価者名						
評価理由・目的								
評価に至るまでの経緯・経過								
支援サービス担当者名								
連絡先(住所/電話)								
支援内容								



## コミュニケーション障害

理解における障害の有無

有

無

会話の理解に困難さを生じていますか？

はい

いいえ

状態について:

--

理解のレベルについてお答えください。

言葉の理解ができない

--

簡単な言葉は理解できる

--

簡単な文書は理解できる

--

2～3語文は理解できる

--

会話は理解できる

--

読み書きの能力について記述してください。

--

表現における障害の有無

有



無



表現する意志・行為・素振りがみられますか？

誰とコミュニケーションを取ろうとしていますか？

コミュニケーション手段・方法

言語を介した表出

目による表現

発声を通じた表現

言語表出によるYES/NO表現

手による表現

ジェスチャーによるYES/NO表現

表情による表現

体を使ったジェスチャー表現

コミュニケーション機器の使用

書字による表現

どのようなサインを示し、普段どの程度使っていますか？

言語情報(内容)

言語情報(内容)について記述してください。

家族か限られた人にしか理解できない言語情報(内容)である

家族や限られた人でも理解が難しい言語情報(内容)である

誰にも理解できない言語情報(内容)である

言語情報が理解できない・されない時の反応

落胆する

執拗する

他のことの妨げとなる

何も感じない

コミュニケーション機器利用状況

現在使用しているコミュニケーション機器

機器・用具名	用途・使用目的	使用期間

コミュニケーション機器に用いられている言語・非言語情報

写真	サイズ	数
カラー絵	サイズ	数
線画	サイズ	数
文字	サイズ	数

コミュニケーション機器以外の機器

機器・用具名	用途・使用目的	使用期間

機器操作方法(姿勢を含む)

機器・用具名	操作方法(姿勢を含む)

コミュニケーション機器の利用で得られたこと

コミュニケーション機器の利用で得られなかったこと

機器・用具名	得られなかったこと 及び その理由・原因

視覚的な配慮や対応は必要ですか？(例： 色のコントラスト、配置)

聴覚的な配慮や対応は必要ですか？(例： 音声)

触覚的な配慮や対応は必要ですか？(例： クリック感)

シンボルの使用は必要性ですか？

コミュニケーション機器使用時の姿勢

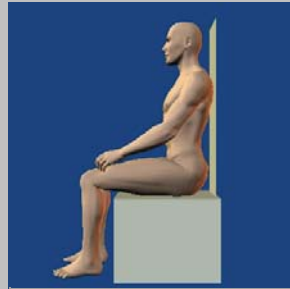
● 骨盤前傾位



● 前傾位



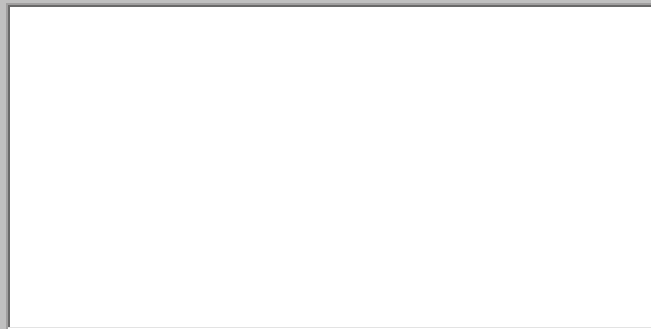
● 中間位



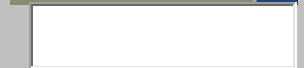
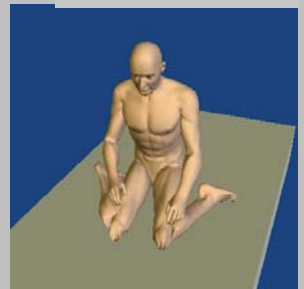
● 後傾位



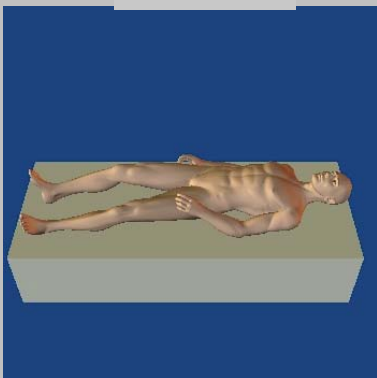
● 長座位



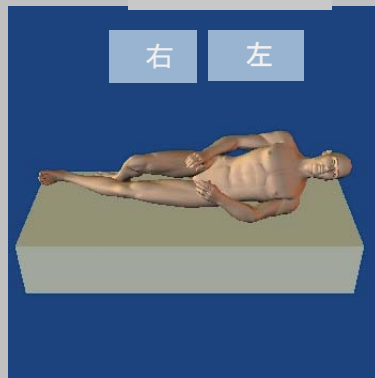
● とんび坐り



● 背臥位



● 側臥位



● 腹臥位

