

様式2

中途失明者・盲ろう者等生活訓練希望調書

フリガナ			男 生年月日 年 月 日	
氏 名			女 (才)	
現 住 所	〒		T E L	
メール アドレス			F A X	
利用できる 交通機関	J R 近 鉄 奈良交通 駅より 徒歩で 分			
職 業				
家族状況				
視覚障害、 聴覚障害の 原因となっ た疾患				
身体障害の 程 度 (具体的に)	・身体障害者手帳番号 () (1) 視力障害 障害程度 級 右： (矯正視力) 視力 左： (矯正視力) (2) 視野障害 障害程度 級 (3) 聴覚障害 障害程度 級 (4) 視覚障害、聴覚障害以外の障害 障害名： 障害程度 級 障害名： 障害程度 級			
現在の視覚、 聴覚になる までの経緯				
医 療 状 況	医療機関名 通 院 回／ 週・月 投 薬		医療機関名 通 院 回／ 週・月投 薬	
	食事制限 有 ・ 無 (有の場合 kcal) インシュリン 有 ・ 無 (有の場合 朝 単位、昼 単位、夕 単位) その他特記事項 ()			
新規・継続	今までに生活訓練を受けたことがある 有・無 (有の場合 平成・令和 年度)			

訓練内容（希望するのものに○をつける） 歩行訓練 ・ コミュニケーション訓練 ・ 日常生活動作訓練 パソコン等情報支援機器の操作に関する訓練・その他対象者の生活に必要な助言、指導			
訓練希望理由			
自己評価	歩 行		
	コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	点 字	
		すみ字	
		パソコン	
		手 話 触 手 話	
		音 声	
	身 辺 処 理		
補装具、日常生活用具の有無について（使っているものに○をつける） 点字器 ・ 白杖（直杖 ・ 折りたたみ） ・ 義眼 眼鏡（遮光眼鏡 ・ ） ・ 点字タイプライター テープレコーダー ・ 時計（音声 ・ 触読） ・ 拡大読書器 ・ 補聴器 その他（ ）			
福祉事務所長又は町村長の意見（申込者は記入しないでください） 福祉事務所長 又は町村長			
福祉事務所又は町村 担当者名		TEL	