

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 氏名			男	生年月日	年	月	日
			女	(才)			
現住所	〒		T				
メールアドレス			E				
利用できる交通機関	J R 近鉄 奈良交通		L	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うけたことがある 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 ヨ 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	
-------------------	--	-----	--