

一般社団法人日本 ALS 協会療養支援部 御中

「OriHime および OriHime eye」借入申込書

申込日:平成 年 月 日

患者氏名	(フリガナ) 生年月日:大・昭・平 年 月 日生 会員 No.:
ご住所	〒 TEL() FAX() e-mail アドレス :
使用場所	1. 自宅【家族の同居 : あり なし その他()】 2. 病院【名称等】 3. 施設【名称等】
送付先 自宅住所と異なる場合は記入して下さい。	【名称等】 〒 TEL()
ご病状	手足() 言葉() 食事() 呼吸() 人工呼吸器装着(気管切開 鼻マスク・バイパップ)
コミュニケーション	1. 使用装置 : 伝の心 トビー オペナビ ハーティラダー トーキングエイド for iPad miyasuku その他は備考欄にご記入ください 2. 使用スイッチ・センサー: ピエゾ 赤外線センサー タッチセンサー その他は備考にご記入下さい。 3. 使用希望期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(最大3か月) 4. PC 操作支援者 : 家族 医療・介護スタッフ ボランティア 友人 その他() 5. 透明文字盤 : 使用している 使用していない 練習中 知らない 6. インターネット環境の有無 : あり なし 7. PC 固定台の有無(アシスタンド、パソッテル等) : あり なし
申込者	1. 本人 2. 代理人氏名 患者との続柄 住所 〒 TEL() FAX() e-mail アドレス :
備考	

- 貸出期間=3 か月。
- 貸出費用=会員 5,000 円(ただし、初回発送費用・OriHime 再生費用の一部として)。修理等が必要になった場合の送料は、使用者の負担とします。

注意1 「OriHime」の管理は(株)オリイ研究所に委託しているため、貸出に際して同社に上記内容を提供します。ただし、当貸出事業以外には使用いたしません。

注意2 故意・過失により修理・補充等が必要になった場合、修理にかかった実費の5割を使用者に請求します。ただし、その金額は5万円を上限とします。

注意3 故意または過失により貸出機が使用不能となった場合、全額自己負担で「OriHime」を新規購入し、その品を(株)オリイ研究所に返却しなければなりません。