

自動車運転に関するアンケート

*貴施設名 ()

貴施設の自動車運転に関する情報について可能な範囲で教えてください。

1. 貴施設は自動車運転に関わっていますか。

はい . いいえ

1の質問で「はい」と答えられた方は、以下の質問にお答えください。「いいえ」と答えられた方は1-4以下の質問にお答えください。

2. どのように自動車運転に関わっていますか（複数回答可）。

外来/通所 . 入院/入所

3. 自動車運転に関わる時期を教えてください（複数回答可）。

急性期 . 回復期 . 生活期

4. どのような神経心理学的検査を行っていますか（複数回答可）。

TMT（縦版） . TMT（横版） . Rey 複雑図形
Kohs 立方体検査 . SDSA . WAIS-III
WMS-R . BIT . BADS . CAT
その他 ()

5. ドライビングシミュレータ（DS）による評価を行っていますか。行っていれば、どのタイプの DS を使っているかも教えてください。

はい . いいえ

DSの種類 ()

6. 実車評価を行っていますか。

はい . いいえ

7. 教習コースを持っていますか。

はい . いいえ

8. 教習所と連携して評価、介入をおこなっていますか。

はい . いいえ

9. 免許センターへの訪問や情報交換を行っていますか。

はい . いいえ

10. 自動車運転に関して、今までの取り組みで難しかった点があれば教えてください。

11. 自動車運転に関して、他施設に尋ねたいことがあれば教えてください。

12. 自動車運転に関して、今後の課題と考えていることがあれば教えてください。

[]

13. 自動車運転に関して、今後の方針があれば教えてください。

[]

(14, 15は1で「いいえ」と答えられた方への質問です.)

14. 今後、自動車運転に関わりたいと考えていますか。

はい ・ いいえ

15. 「はい」と答えられた方は、自動車運転に関して、他施設に尋ねたいことがあれば教えてください。

[]

自動車運転に関して、協会に対してご質問・要望があれば教えてください。

[]

※貴施設が行っている取り組みのパンフレットや資料など、提供可能なものがありましたら都道府県士会までご提出ください。

この情報は、集計して今後の協会、委員会の活動にいかしたいと考えております。

ご協力、有難うございました。

運転と作業療法委員会

委員長 藤田佳男