

インタビューシート（作業療法士）

氏名 _____

【業務概要】

- ① 脳性麻痺・その他の運動障害に対する外来業務（運動発達評価の実施と報告書作成・個別指導など）
- ② 発達障害児の外来業務（発達評価の実施と報告書作成・個別指導など）
- ③ 入所・通所している重症心身障害児(者)の個別及び集団指導

あなたの経験についてお答えください

<資格取得見込みのかた>

障害を持つお子さんとの関わり

☐ あり ☐ なし

<作業療法士の経験があるかた>

1) 小児・発達障害領域の業務（指導経験のあるものにチェックをつけてください）

- ・ 肢体不自由児（脳性麻痺・その他） ☐ 無 ☐ 有
- ・ 精神・運動発達遅滞 ☐ 無 ☐ 有
- ・ 発達障害圏（自閉症・LD・ADHD その他） ☐ 無 ☐ 有
- ・ 神経筋疾患 ☐ 無 ☐ 有
- ・ 肢体不自由・発達障害児のグループ指導 ☐ 無 ☐ 有
- ・ 摂食指導 ☐ 無 ☐ 有

2) 重症心身障害児(者)の経験について

- ・ 個別指導の経験 ☐ 無 ☐ 有
- ・ グループ指導の経験 ☐ 無 ☐ 有
- ・ 呼吸器装着者の経験 ☐ 無 ☐ 有
- ・ 摂食指導、食事介助 ☐ 無 ☐ 有

2、各種検査の実施経験について（次のあてはまる□にチェック等をつけてください）

- ・ J-MAP ☐ 無 ☐ 有
- ・ 感覚統合検査 ☐ 無 ☐ 有
- ・ フロスティング ☐ 無 ☐ 有

- ・ 所属学会はありますか ☐ はい ☐ いいえ
所属学会があるかたは学会名をご記入ください。

[]

- ・ 学会発表・論文投稿の経験がありましたら、主なものを記載してください

[]