

支援機器に関するニーズ調査票

ニーズ提供者の連絡先を教えてください(未記入も可)

所属機関	氏名	電話番号	() -
------	----	------	-------

後日連絡させて頂く場合があります

支援を必要とする人の情報 (ひとつ選択)

支援対象	障害者	介助者	その他()							
年代	幼児	小学生(小学部)	中学生(中学部)	高校生(高等部)	10代	20代	30代	40代	50代	それ以上

支援を必要とする人の障害種や状態をあなたの主観で教えてください(複数選択可)

有無	カテゴリ	障害の程度					有無	カテゴリ	障害の程度						
		軽い	1	2	3	4			重い	軽い	1	2	3	4	重い
<input type="checkbox"/>	知的障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	病弱・身体虚弱	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	学習障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	肢体不自由	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	言語障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	運動機能障害	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	緘黙症	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	筋力低下	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	視覚障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	パーキンソン病	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	聴覚障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	手指障害	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	注意欠陥多動性障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	嚥下障害	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	情緒障害	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	認知症	軽	1	2	3	4	重
<input type="checkbox"/>	自閉症	軽	1	2	3	4	重	<input type="checkbox"/>	その他()	軽	1	2	3	4	重

必要とする支援の種類 (複数選択可) — あなたの主観でお答えください

カテゴリ	具体的な支援の一例
<input type="checkbox"/> 記憶支援	日常生活において必要なことの記憶を促す、簡単に反復学習ができるような支援
<input type="checkbox"/> 学習支援	直感的な理解を支援、学力の定着・簡単な計算などを行うための支援
<input type="checkbox"/> 社会性向上支援	コミュニケーション、意思表示の支援
<input type="checkbox"/> 読解支援	文書の読解力の向上、単語の意味を理解
<input type="checkbox"/> 発話支援	発話方法を学習、機械の操作によって発話するような支援
<input type="checkbox"/> 視覚支援	点字の使用、音声の使用などによる視覚の支援、自閉症スペクトラム患者に向けた視覚の支援
<input type="checkbox"/> 聴覚支援	視覚情報を活用した支援、聴覚の補正
<input type="checkbox"/> 集中促進支援	集中力の持続、学習時間の定着を促す支援
<input type="checkbox"/> 注意喚起支援	必要なことに注意を促す
<input type="checkbox"/> 自立支援	介助者の支援なしで、一人で行動出来るようにする支援
<input type="checkbox"/> 動作支援	被支援者の小さな動きを検知して適切な動作に拡張または変換するような支援
<input type="checkbox"/> 機械操作支援	キーボードやマウス操作、タッチパネル操作などを簡単に出来るような支援
<input type="checkbox"/> 筆記支援	筆記の際に手の動きを補正、与えられた入力から機械によって文字を筆記
<input type="checkbox"/> 移動支援	日常生活における移動や歩行などを支援
<input type="checkbox"/> その他カテゴリ	支援例()

しえん ひつよう かた おし くだ
支援を必要としている方について教えてください

じょうじしよう ほじょく 常時使用している補助具はありますか？	できないことなん は何ですか？	ひとりできることなん は何ですか？
<input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 手動車いす <input type="checkbox"/> 義肢、装具 <input type="checkbox"/> 歩行器、補助杖 <input type="checkbox"/> 座位保持 <input type="checkbox"/> その他()		

おも しようさい おし くだ
「あったらいいな／できたらいいな」と思う「モノ」の詳細を教えてください

したいことなん は何ですか？ (おしゃべり、機器の操作、など)	
どのときつか に使いますか？ (日常生活、勉強のとき、など)	
そのモノをどのように つか 使いますか？ (指先の動きでテレビをつける。 ○○すると、△△できる。 など)	
そのモノは、機器 ですか？ アプリ ですか？	<input type="checkbox"/> 機器 (器具やロボット等) <input type="checkbox"/> アプリ (スマホやタブレットを使う) <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> どちらでもない()
そのモノが持っている とくちょう けいじよう た ようぼう 特徴や形状、その他要望 など (なるべく詳細をお願いします。 イラスト等でも可能です。)	

ほか いけん ようぼう きにゆう
その他ご意見・ご要望がありましたらご記入ください