資料７

“はこだて医療・介護連携サマリー”を受け取られた方へ

『函館市医療・介護連携推進協議会』では医療と介護の連携推進を強化すべく，情報にバラつきのない，地域で統一された情報共有ツールの整備を進めております。平成 29 年 4 月からこの“はこだて医療・介護連携サマリー”の試験運用が始まりました。11 月からの正式運用にあたり，このサマリーを受け取られた方の率直なご意見をいただき，さらなる改善へ向けて協議していく予定です。下記のアンケートにご記入いただき，返送して頂きますようご協力お願いいたします。

はこだて医療・介護連携サマリーに係るアンケート調査

貴機関についてお聞きします

１、区分

① 病院　② 診療所　③ 歯科診療所　④ 介護サービス事業所（　　）

２、機関名等

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

「はこだて医療・介護連携サマリー」についてお聞きします

１、受け取ったサマリーの提供元

名称＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿　受け取った日付＿＿＿＿＿＿

２、受け取ったサマリーの種類（全てに○をしてください）

① 基本ツール　② 応用ツール（種類　　）

３、サマリーの受け取り方法

① 手渡し　② FAX　③ 郵送　④ その他（　　）

４、内容に関して

Ⅰ．情報の記載順序について

① 見やすい　②見づらい

（具体的に　　）

Ⅱ．情報の内容について

① 多い　②足りない　③ちょうどよい

（具体的に　　）

Ⅲ．情報の正確さについて

① 正確　②ほぼ正確　③一部誤りあり　④不正確

（具体的に　　）

Ⅳ．その他，ご意見やご要望などあれば記載して下さい

（　　）

ありがとうございました。ご記入後，下記まで FAX でご返送ください。

函館市医療・介護連携支援センター　行　（FAX　０１３８－４３－１１９９）