

『もしもノートはこだて』 アンケート調査票（案）

1, 貴所属機関等についてお聞きします

貴所属機関名等 名称 _____
種別 _____
電話番号 _____ ご記入者名 _____

2, もしもノートはこだてについてお聞きします

(1) 『もしもノートはこだて』（以下「もしもノート」と表記）をご覧になったことがありますか。

- ① はい →設問（2）にお進みください
② いいえ →別紙2「もしもノート」の案内をご覧いただき、設問（3）にお進み下さい

(2) 日常の療養支援において「もしもノート」を活用する機会がありましたか。

- ① はい
* どのような場面での活用だったか、お聞かせ下さい
[_____]
- ② いいえ
* 活用しなかった理由をお聞かせ下さい
例) 患者（利用者）に意向を確認する機会を持っていない
活用しなくても患者（利用者）と意向確認の対話をできている等
[_____]

(3) 「もしもノート」について、ご意見ご要望をお聞かせ下さい。

アンケート調査へのご協力ありがとうございました。FAXでの返信にご協力をお願い致します。