

令和8年度 地域リハビリテーション活動支援事業 実施後アンケート

このたびは、「函館市地域リハビリテーション活動支援事業」での専門職派遣を利用頂きありがとうございました。今後の本事業の参考にさせて頂くため、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、下記の質問にご回答ください。 (ケアマネジメント支援用)

<団体名>

<担当者>

<連絡先>電話

- 1 実施日時について 年 月 日 () 午前・午後
- 2 利用した職種 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
管理栄養士・栄養士
- 3 感想について ※以下のあてはまるものにチェックをつけて下さい。
- ①専門職の派遣を受けていかがでしたか。(全体的な感想)
- 良かった 普通 良くなかった
- ②派遣依頼の申込等の手続方法はいかがでしたか。
- 簡単だった 普通 難しかった
- ③専門職の指導・助言内容はいかがでしたか？

※「役立ったこと」「問題点」「今後の課題等」具体的に記載してください。

- ④専門職の指導内容の時間の配分はいかがでしたか。
- 長かった ちょうど良かった 短かった
- ⑤他の在宅療養者についても利用を検討したいと思いますか(職種は問わず)
- 検討したい 思わない

理由

4 意見・要望について

- ①在宅療養者との関わりで、どんな場面で専門職の意見を聞きたいと思われましたか？

- ②ご意見・ご要望等があれば、ご記入ください。