**益田圏域生活療養ノートアンケート**

**FAX送信票**

**FAX：０８５６－３１－９５６８**

**益田保健所　医事・難病支援課　　　地域リハ担当あて**

〈記入方法〉

・益田圏域生活療養ノートを使用されてのご感想をリハビリテーション担当者、ケアマネージャー等の方が記入し、**退院後１ヶ月以内またはサービス開始後１ヶ月以内**に上記益田保健所までFAXしてください。

|  |
| --- |
| 機関名：　　　　　　　　　職種：　　　　　　　　　氏名： |
| 電話番号：　　　　　　　　　　FAX番号： |

1. 生活療養ノートの目的について理解されましたか。

　　　　理解した　　　　　理解できない　　　　　わからない

1. 生活療養ノートを活用されていますか。

　　　　利用している　　　利用していない　　　　わからない

1. 生活療養ノートをどのように活用されていますか。

・デイサービス利用時　　　・デイケア利用時

　・ホームヘルパーが記入　　・訪問リハ時に記入

　・ケアマネが記入　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　）

1. 今後の生活目標を立てることができましたか。

　できた　　　　　　　できなかった　　　　　　わからない

５、　生活療養ノートに当事者・家族の思いを反映できましたか。

　できた　　　　　　　できなかった　　　　　　わからない

６、　生活療養ノートで多職種と連携することができましたか。

できた　　　　　　　できなかった　　　　　　わからない

７、生活療養ノートを今後も活用したいですか。

　　　　活用したい　　　　　活用したくない　　　　　わからない

ご協力ありがとうございました。