

地域リハビリテーション活動支援事業についてのアンケート

今回は、地域リハビリテーション活動支援事業をご利用いただきまして、ありがとうございました。今後の事業実施において参考にさせていただきたいと考えておりますので、アンケートの回答についてご協力をお願いいたします。

実施日(1回目:令和 年 月 日)(2回目:令和 年 月 日)
依頼職種(リハビリ専門職 ・ 管理栄養士)

問1

今回の地域リハビリテーション活動支援事業に対する満足度はどの程度でしょうか？該当するものに○をつけてください。

- a)とても満足した
- b)満足した
- c)あまり満足しなかった
- d)期待した内容ではなかった

問2

地域リハビリテーション活動支援事業を行って変化したこと(ケアプランの内容や要支援者・事業対象者の様子など)がありましたら記入してください。

[]

問3

今後もこの事業を活用しようと思えますか？

- a)思う
- b)思わない

問4

問3でb)と答えた方は、その理由をお答えください。

[]

問5

地域リハビリテーション活動支援事業に対してご意見、ご要望があれば何でも記入してください。(申し込み方法や報告書等々)

[]

ご協力ありがとうございました。以下のところまでファックスをお願いいたします。

池田市 地域支援課 駒田
FAX 072-751-8505