黒川地区「多職種連携連絡票」「基本情報提供シート」プレテストアンケート

＊あなた（回答される方）の所属を教えてください。

　　　①病院・医院　　②薬局　　③居宅介護支援事業所　　④介護サービス事業所　　⑤包括

**多職種連携連絡票**

１　「多職種連携連絡票」を使用しましたか

　　　　　① はい　　　② いいえ

２　「①はい」と回答した方にお聞きします。

　（１）使用したのはどちらの立場でしたか。

　　　　① 依頼する側として使用した　　　　　② 回答する側として使用した

（２）どのようなときに使用しましたか。（複数回答可）

　　　① 挨拶　　　② 本人の状況の相談・報告　　　③ ケアプラン　　　④ サービス内容確認

　　　⑤ サービス担当者会議　　　⑥ 治療方針　　　⑦ 服薬状況

　　　⑧ その他　　　　自由記載：

（３）使用してみてどうでしたか

　　　　① 使いやすかった　　　理由：

　② 使いにくかった　　　理由：

３　「②いいえ」と回答した方にお聞きします。使用しなかった理由はなんですか。（複数回答可）

1. 連絡する機会がなかった　　② 既存のものを使用した　　③ 電話・面談で済ませた

　　　 ④ その他　　　 理由：

４　その他、シートに対する修正の要望や感想等ありましたらご記入ください。

**裏面へつづく**

**基本情報提供シート**

１　「基本情報提供シート」を使用しましたか

1. はい　　② いいえ

２　「①はい」と回答した方にお聞きします。

（１）どのようなときに使用しましたか。（複数回答可）

　　　① 介護サービス利用時　　　② 入院時　　　③ 医療機関受診時

　　　④ その他 　　　　自由記載：

（２）使用してみてどうでしたか

　　　　① 使いやすかった　　　理由：

② 使いにくかった　　　理由：

３　「②いいえ」と回答した方にお聞きします。使用しなかった理由はなんですか。（複数回答可）

1. 使用する機会がなかった　　②　既存のものを使用した　　③　電話・面談で済ませた

　　　　④　その他　　　　理由：

４　その他、シートに対する修正の要望や感想等ありましたらご記入ください。

～ご協力ありがとうございました。～