

2022年度 生活状況などを聞き取りさせて下さい アンケート集計結果

障害福祉サービス提供にあたりまして、定期的な情報の確認と、皆さまが日常のサービスに対して、どのように感じておられるか、聞き取りをさせていただきます。なお、個人の情報の管理においては、関係法令を遵守致します。未記入、未回答についても差支えはありませんが、可能な限りご記入にご協力の程お願い申し上げます。提出は、4月28日(木)までお願いいたします。

■アンケート実施日：令和4年4月16日～令和4年4月28日（最終提出：令和4年5月3日）

・配布人数 26名 ・回収人数 26名

1. ご家族についてお聞かせください

●ご本人と同居の方について、ご記入をお願いします（主に本人と関わったり、サポートの方に○を付けて下さい）

続柄	名前	勤め先または就学先(学年)	つけ ○付

●ご本人と同居以外の方について、ご記入をお願いします（主に本人と関わったり、サポートの方に○を付けて下さい）

続柄	名前	勤め先または就学先(学年)	つけ ○付

2. 緊急連絡先を、ご記入ください

	連絡先・続柄	電話番号
優先1位		
優先2位		

3. 障害者手帳などについてお尋ねします。所持しているものに○を付けて、ご記入ください

つけ ○付	手帳名	等級	交付年月日		
	療育手帳	型	年	月	日
	身体障害者手帳	級	年	月	日
	精神障害者保健福祉手帳	級	年	月	日
	所持していない				

4. 障害者年金についてお尋ねします。受給しているものに○を付けて、ご記入ください

つけ ○付	年金名	等級
	障害基礎年金	級
	障害厚生年金	級
	障害共済年金	級
	障害手当金	級
	受給していない	

5. 定期受診、服薬などについてお尋ねします

● 定期通院について、該当に○を付けて、ご記入ください

定期通院	あり ・ なし
------	---------

医療機関名	診療科	主治医	病名	回数(例:月1回)

● 服薬について、該当に○を付けて、ご記入ください(処方箋があれば、見せてください)

服薬	あり ・ なし
----	---------

服薬名	診療科	服薬する時間帯や回数(例:1日1回食後に1錠)	主な服用目的

● アレルギーなど、あてはまるものに○を付けて、ご記入ください

アレルギー	アレルギー名()	気を付ける事()
発作	発作名()	気を付ける事()
食事制限	気を付ける事()	
運動制限	気を付ける事()	

■ あなたの気持ちに近い番号を1つだけ選んで、
○をつけてください。(単位:人数)

	はい	どちらとも いえない	いいえ	わからない
問1. 清潔、安心して快適に作業や活動ができる環境ですか	23	3		
問2. 利用者同士の交流は楽しいですか	18	5	1	2
問3. 職員に、あなたは話しやすいですか	23	1		2
問4. 職員は、分かりやすい言葉で話していますか	24	1	1	
問5. 職員は、丁寧(乱暴な言葉を使わない、命令しない)に接してくれますか	25			1
問6. 職員は、相談したいときに、対応してくれますか	21	4		1
問7. 個人情報、守られていると感じますか	20	2		4
問8. あなたの目標や計画を作る時、職員はあなたの話をよく聞いてくれましたか	24	2		
問9. あなたの目標や計画についての説明は、分かりやすかったですか	25	1		
問10. 個別支援計画に沿った支援が行なわれていますか	23	1		2

ご協力いただき、ありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします