H30年度　福岡県失語症支援者養成事業

【同行支援／コミュニケーション実習　アンケート】

実習へのご協力を有難うございました。

このアンケートは、より良い失語症支援者を養成していくため、実習の質を高めるために行うものです。

アンケートは無記名です。回答して下さった方に不利益が生じることはありませんので、安心してお答え下さい。（利用者ご本人による回答のほか、聴き取りでの回答、ご家族による回答でも構いません。）　　どうぞ宜しくお願い致します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １）失語症支援者の関わりはいかがでしたか？〇をひとつ付けて下さい | é¢é£ç»å満足 | やや満足 | 普通 | やや不満 | ç¬é¡ã®é¡æå­不満 |

|  |
| --- |
| ２）支援者の関わりで良かった点を教えて下さい |

|  |
| --- |
| ３）支援者の関わりで改善して欲しい点、困った点を教えて下さい |

担当　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　同行／ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ実習