

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

⑦ 利用者アンケート

派遣受付番号 20 年度- 号 記入 20 年 月 日






【利用者の皆様へ アンケートのお願い】 福岡県言語聴覚士会

- 1 事業をより良いものにするために、回答へのご協力をよろしくお願い申し上げます。
- 2 ご回答は個人が特定されない形で管理します。また今後のご利用に不利益が生じることはありません。
- 3 ご本人の回答のほか、ご家族などの協力者による聴き取り/代筆での回答でも構いません。

ご回答は⇒  1 ご本人のみ  2 協力者あり (  家族  他 ( ) )






質問

1 利用目的は達成しましたか？  1  2  3  4  5

 十分達成した  大体達成した  半分達成した  あまり達成できなかった  全く達成できなかった

1つ選び、 または  を記入して下さい

2 支援者の関わりには満足しましたか？  1  2  3  4  5

 十分満足  大体満足  普通  やや不満  不満






3 支援者の関わりなどについて良かった点を教えてください

---

4 支援者の関わりなどについて改善して欲しい点、困った点を教えてください

---

5 「支援者派遣」をまた利用したいですか？  1  2  3  4  5

 強く思う  そう思う  わからない  あまり思わない  全く思わない

6 利用したいと「思わない」方は、その理由を教えてください

---

アンケートへのご協力、有難うございました。

上記のほかに何かありましたら、お手数ですが下記窓口へのご連絡をお願いします。

福岡県言語聴覚士会 < st\_fukuoka\_kaiin@yahoo.co.jp >

☎ 080-8376-0847 (留守番電話のため折り返し連絡します)