

送信先 FAX 0979-22-2211

北部保健所健康安全企画課 あて

## 北部圏域脳卒中地域連携パスの運用に関するアンケート

今後の地域連携推進のための取り組みの参考としたいので、以下のアンケートにご協力をお願いします。

施設名		記入者名	
-----	--	------	--

- 1 あなたの所属する施設（部署）は、どこの期に該当しますか。（該当するものに✓）

急性期

中間期

維持期

- 2 パスを医療や介護の質向上に役立っていますか。（該当するものに✓）

大変役立っている

役立っている

あまり役立っていない

役立っていない

↓

↓

↓

↓

どのように役立っているかご記入ください。

役立っていない理由をご記入ください。

↓

↓

↓

↓

--

- 3 パスを医療と介護の連携に役立っていますか。（該当するものに✓）

大変役立っている

役立っている

あまり役立っていない

役立っていない

↓

↓

↓

↓

どのように役立っているかご記入ください。

役立っていない理由をご記入ください。

↓

↓

↓

↓

--

- 4 パスは、患者さんやその家族の QOL の向上に貢献していると思いますか。（該当するものに✓）

思う

思わない

わからない

↓

↓

そう思う理由をご記入ください。

そう思わない理由をご記入ください。

↓

↓

--

- 5 医療と介護の連携を進めるために、保健所に期待する役割についてご記入ください。

--

- 6 その他、ご意見・ご要望がありましたらご記入ください。

--