

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 年度ー 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
1つ選び、☒または○を記入して下さい  十分 大体 半分 あまり 全く
達成 達成 達成 達成 達成
した した した できなかった できなかった 

2 支援者の関わりには満足しましたか？ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 十分 大体 普通 やや 不満
満足 満足 不満 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 そう わから あまり 全く
そう思う 思う ない 思わない 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)