

利用者調査票

年齢_____ 男 ・ 女 介護度_____ 認知の有無 有 ・ 無

施設名_____

1	食事はおいしいですか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
2	食事方法（食事時間、食器・用具、食べやすい工夫、介助方法等）に満足していますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
3	入浴は、時間帯や回数などあなたの希望に添って行われていますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
4	お風呂や移動・移乗などの介助は安心できますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
5	生活に必要な介助を十分受けていますか。（トイレ介助、自宅内・外出時移動介助など）
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
6	あなたが他の人に見られたくないことや聞かれたくないことに気遣いがされていますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
7	職員は、あなたが自分で出来ること（家事、掃除など）をさせてくれますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()

8	職員が部屋の掃除や整理整頓をするときは、あなたに相談をしながら進めていますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
9	あなたの鍵やお金を職員が預かる場合のルールを知っていますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
10	緊急時（体調急変時やけがなど）への対応は十分ですか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
11	職員は、あなたに乱暴な言葉を使ったり、命令したりせず、丁寧に接してくれますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
12	あなたの健康状態や身体状況について相談に応じてくれますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
13	職員はサービスや職員に対する不満・要望に対してきちんと対応してくれますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
14	あなたは安全に安心してサービスを受けることができますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
15	日頃感じているサービスに対するご意見、ご要望などご自由にお書き下さい。