在宅医療に関するアンケート調査

日頃より、御船町の福祉行政にご理解・ご協力いただきありがとうございます。

皆様方からいただいた回答は、今後の在宅医療・介護連携推進事業などに活かすための研究データとして活用させていただきますので、ぜひご協力をお願いします。

記入日　　　年　　月　　日

１ 日常の療養支援

|  |
| --- |
| ・かかりつけ医（主治医）はいますか。（ かかりつけ医はいる / かかりつけ医はいない ） |
| ・御船町の通いの場のことは誰から教えてもらいましたか。（ ケアマネージャー / 主治医 / 知人 / 家族 / その他：　　　　　　　 ） |

２ 看取り

|  |
| --- |
| ・最期を迎えたい場所はどこですか。（ 自宅 / 病院 / 介護施設 / その他：　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ・訪問診療のことを知っていますか。（ 知っている / 知らない ） |

３ 急変時の対応

|  |
| --- |
| ・御船町の高齢者緊急通報システムのことを知っていますか。（ 利用している / 知っている / 名前を聞いたことはある / 知らない ） |

４ 入退院支援

|  |
| --- |
| ・入院が必要となった時、支援してもらえる家族はいますか。（ 支援してくれる家族がいる / 支援してくれる家族はいない ） |

【問い合わせ先】

御船町役場　福祉課

地域包括支援センター

電話　096-282-2911