甲賀保健所（甲賀圏域地域連携検討会）　FAX　０７４８－６３－６１４２

**「療養情報共有ノート 活用アンケート」**

記入者の名前／所属名・続柄（　　　　　　　　　　　　／　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号／FAX番号（　　　　　　　　　　　　　　　／　　　　　　　　　　　　　　　 ）

１．使用期間（年月日）（　　　　　　　　　　　）から（　　　　　　　　　　　　）まで

２．患者概要　　居住地（　甲賀市　・ 湖南市　・その他　）

性別（　男　・　女　）　　年齢（　　　　　　　歳代）

主な疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．活用のきっかけや目的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．ノートの評価

１）～５）の質問に対して該当するところに〇をつけ、その理由をご記入ください。

１）使用してみての満足度は？

満足　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不満足

　　｜　　　　　 　｜　　　　　　　　　｜　　 　　　　　　｜

理由：

２）情報を簡単に共有することができましたか？

良くできた　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　全くできなかった

　　｜　　　　　 　｜　　　　　　　　　｜　　 　　　　　　｜

理由：

３）療養上の課題が支援者間で把握できましたか？

良くできた　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　全くできなかった

　　｜　　　　　 　｜　　　　　　　　　｜　　 　　　　　　｜

理由：

４）安全にケアが提供できましたか？

（患者支援におけるミスや、放置するとミスにつながる事象を共有し予防できた）

良くできた　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　全くできなかった

　　｜　　　　　 　｜　　　　　　　　　｜　　 　　　　　　｜

理由：

５）改善案、感想等ご自由に記入ください。