

専門職用

★この用紙は、コピーしてお使いいただいても構いません★

在宅人工呼吸器ハンドブックアンケート調査へのお願い

回答先 FAX 番号： 06-6944-6701 大阪府 健康医療部 薬務課 医療機器グループ 新出行

在宅人工呼吸器ハンドブックは、在宅に移られる患者様とご家族が、人工呼吸器と周辺の機器を安全に使用していただくためのものです。

このハンドブックの内容が、『解りやすいか』また、『使いやすいか』について、皆様からの貴重なご意見をいただき、今後の参考とさせていただきます。ご協力よろしくお願いします。

1. ご記入いただく方についてお尋ねします。(それぞれ該当するものに☑をしてください。)

(1) ご記入いただく方は

- 医師 看護師 保健師 介護職 ケアマネジャー 事務職
 その他： _____

(2) 使用される方(対象者)の年齢は

- 20歳未満 20～40歳 40～60歳 60歳以上

(3) 在宅医療に携わる経験年数は

- 1年未満 1～3年 3年～5年 5年以上

2. ハンドブックの各項目についてお尋ねします。(それぞれ該当するものに☑をしてください。)

(1) 人工呼吸器と周辺機器の構成図について

- 役立たない 普通 役立つ

(1) 選択理由

(2) ケアスケジュールについて

- 役立たない 普通 役立つ

(2) 選択理由

(3) 日常のお手入れとポイントとその対応について

- 役立たない 普通 役立つ

(3) 選択理由

(4) トラブル事例紹介と学びについて

- 役立たない 普通 役立つ

(4) 選択理由

(5) 停電・災害時等のもしもの時の準備について

- 役立たない 普通 役立つ

(5) 選択理由

(6) 緊急連絡先について

- 役立たない 普通 役立つ

(6) 選択理由

3. このハンドブックを使用する（使用した）場面は（該当するものに☑をしてください。）

- 在宅患者宅
- 退院時カンファレンス
- 施設内での研修
- その他： _____

複数回答可

4. このハンドブックについて、内容、見易さなどから総合的に判断し、得点を付けてください。（100点満点）

点 / 100点

上の点数とされた理由もお聞かせください。

5. その他、在宅医療全般を通して何かお困りのこと、在宅現場でのヒヤリ・ハット事例等がございましたら、記載してください。

ご協力ありがとうございました

* 個人情報等の取扱いについて *

アンケートで頂いたご意見等は、個別の調査内容を公表することはございません。ただし、集計の結果は公表することがありますので、ご理解を頂きますようよろしくお願い致します。また、個人様の情報に関する情報は、このハンドブックの今後の改訂に関して参考とさせていただくものであり、取扱いには細心の注意をします。また、他の目的には一切使用しません。

ご回答内容について、具体的な改善対策を立てるため、お問い合わせさせていただくことがありますので、差支えなければ、以下にご記入をお願い致します（ご記入は任意です）

所 属： _____

ご記入者氏名： _____

お電話番号： _____

<問い合わせ先>

大阪府健康医療部薬務課医療機器グループ
担当 新出（シンデ）

TEL 06-6941-0351（内線 2556）

FAX 06-6944-6701