**アンケート（介護職員等用：第3号特定研修修了者用）**

**返信ＦＡＸ番号　０４５－３２４－８９８５**

**事業所名**

**＊該当するものに　○をつけてください**

|  |  |
| --- | --- |
| ①あなたが　第3号の研修を受けた年度を教えてください | ２４・２５・２６・２７ |
| ②あなたは　利用者さんに医療ケアを実施していますか | はい　　　いいえ |
| ③フォローアップ(スキルアップ)研修があれば　受けたいですか | はい　　　いいえ |
| ④現在企画中の内容です　興味があるのはどれですか  （複数回答可） | (　　　)　医ケアの各行為の手技演習  　　口腔・鼻腔内吸引（　　　）  　　気管カニューレ内吸引（　　　）  　　胃・腸ろう(　　　）経鼻経管(　　　）  (　　　)　高度医療に関する知識・理解  　　人工呼吸器等ケア（　　　）  　　気管切開等ケア（　　　）  　　流動食のワンショット注入（　　　）  (　　　)　ヒヤリハットの事例演習  (　　　)　実践事例を通した協議  (　　　)　事務的な手続きについて  (　　　)　喀痰吸引等の制度について  　　他職種との連携について(　　　) |
| ⑤他に受けてみたい内容があれば、自由にお書きください | ＊具体的に記載ください |
| ⑥日頃感じている医療ケアに関する不安・悩みがあれば、お書きください | ＊自由に記載ください |

〇アンケートにご協力ありがとうございました。　　　　　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会