令和2年度　ケアプラン点検研修　第1回　課題とアンケート

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 受講カード番号 | （番号をお持ちでない方は空欄で結構です） |
| 所属事業所名 |  |
| メールアドレス |  |

1. アセスメントを利用者様やご家族から聞き取るうえで意識している点はなんですか？
2. 生活歴を聞き取るうえで何を意識して確認していますか？
3. 長期目標を策定するうえで気をつけている点はなんですか？
4. ケアプラン点検の必要性についてあなたはどのように思いますか？
5. どこで研修を受講しましたか？（複数選択可）

1. 自宅　　　　　　　　2. 職場　　　　　　　　3. その他

1. 受講にあたってどのような機器を使用しましたか？（複数選択可）

1. 個人のパソコン　　　　2. 会社のパソコン　　　　3. 個人のタブレット

4. 会社のタブレット　　　5. 個人のスマホ　　　　　6. 会社のスマホ

7. その他

1. 聴講中の不具合はありましたか？

1. 不具合はなかった　　　　　　　　　　2. 不具合があった

1. 聴講中の不具合があった方はお答えください。どんな不具合がありましたか？
2. 研修動画の長さについてどう感じられましたか？1つ選んでください

1. 短い　　　　　　　　　2. ちょうど良い　　　　　　　　3. 長い

1. 研修動画を公開している期間の長さについて、どう感じられましたか？1つ選んでください

1. 短い　　　　　　　　2. ちょうど良い　　　　　　　3. その他

1. 今回の研修を受講した感想をお聞かせください
2. その他、改善点や率直な意見をお聞かせください

|  |  |
| --- | --- |
| 課題の提出先 | Eメールの場合：keamane.hachiouji@gmail.com  FAXの場合：042-686-1088 （八王子介護支援専門員連絡協議会） |
| 提出期限 | 令和2年12月7日（月）まで |