

返送先：広島県地域保健対策協議会
(広島県医師会 地域医療課)

FAX：082-568-2112

※QRコードからもご回答いただけます



ACPの手引きを手にとられた方へのアンケート

この度は、広島県地域保健対策協議会が作成したACPの手引き・私の心づもりを手にとっていただきありがとうございます。

差し支えないようであれば、ACPの手引きの感想等をお教えいただけますと幸いです。記入後は広島県地域保健対策協議会へFAX(082-568-2112)でお送りください。

次の質問について当てはまるものに☑をしてください。



1. ご自身について

- | | | | | | |
|----|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 | | | |
| 年代 | <input type="checkbox"/> 10代 | <input type="checkbox"/> 20代 | <input type="checkbox"/> 30代 | <input type="checkbox"/> 40代 | <input type="checkbox"/> 50代 |
| | <input type="checkbox"/> 60代 | <input type="checkbox"/> 70代 | <input type="checkbox"/> 80代 | <input type="checkbox"/> 90代 | <input type="checkbox"/> 100歳以上 |

2. ACPの手引きはどこで入手されましたか？

※その他の場合は詳細をお書き下さい。

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療機関 | <input type="checkbox"/> 薬局 | <input type="checkbox"/> 公共施設 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 研修会 |
| <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 友人・知人 | <input type="checkbox"/> その他() | | |

3. どのようなきっかけでACPをお知りになりましたか？

※その他の場合は詳細をお書き下さい。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 医師・看護師・薬剤師などの医療関係者から勧められて | |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・介護福祉士などの福祉介護関係者から勧められて | |
| <input type="checkbox"/> 研修会に参加して | |
| <input type="checkbox"/> 家族から勧められて | |
| <input type="checkbox"/> 友人から勧められて | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

※実際にACPを実施された方は、引き続き下記の質問にご回答をお願いいたします。

4. ACPの手引きを使用した感想に当てはまるものを選択してください(複数選択可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 内容がわかりやすく理解できた | |
| <input type="checkbox"/> 内容がわかりにくかった (理由:) | |
| <input type="checkbox"/> ACPの手引きを活用して医療に対する希望を家族や医師に伝えることができた | |
| <input type="checkbox"/> ACPの手引きを活用して医療に対する希望を家族や医師に伝えることができなかった (理由:) | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

5. その他ご意見がありましたら、下記枠内へご記載ください。



ご協力ありがとうございました。