

専門研修・更新研修アンケート

氏名

当てはまる項目の□に✓を、()に記入をお願いします。

* 担当業務 居宅介護支援事業所 包括 小規模多機能 サ高住 グループホーム
 施設（特養・老健・有料老人ホーム・療養型医療施設） その他（)

* 実務経験年数

(居宅()年()ヶ月)	* 現在の担当件数()件
	施設()年()ヶ月		

* ケアマネジメントにおいてICFを取り入れていますか。

している していない

理由

(<input type="checkbox"/> 時間が無い)
	<input type="checkbox"/> 取り入れなくても問題が無い	
	<input type="checkbox"/> 取り入れたいが、知識が無い	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

* 課題整理総括表を活用していますか。

している していない

理由

(<input type="checkbox"/> 時間が無い)
	<input type="checkbox"/> 取り入れなくても問題が無い	
	<input type="checkbox"/> 取り入れたいが、知識が無い	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

* スーパービジョンを受けていますか。

受けた事がある 受けた事がない

* 「受けた事がある」にチェックされた方、現在も受けていますか。

受けている 受けていない

理由

(<input type="checkbox"/> 受けられる環境がない)
	<input type="checkbox"/> 必要ないと感じた	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

* 「受けた事がある」にチェックされた方、始めた時期はいつ頃でどなたから受けましたか。

入職直後 職場の管理者
 入職～1年程度 先輩
 入職より2年以上経ってから 外部の専門講師
 その他 ()

※申込用紙A・Bと同封してください。不足している場合、申込受付ができず受講できない場合があります。