

- ④ 日ごろ感じておられる当ステーションやスタッフに対するご意見・ご要望などご自由にお書きください。

- ⑤ 今後のサービスに取り入れてほしいとご希望されるものがあれば、下記の中から当てはまるすべての番号に○印をつけてください。（複数回答可）

1. 機能訓練、日常生活動作の練習 3. 医療用具についての使用方法や説明 5. 排泄を楽にする工夫や方法の説明 7. ご利用者さま本人の相談、話し相手 9. 認知症予防のための助言や指導 11. 口腔を清潔にするための助言や指導 13. ことばやコミュニケーション方法の指導 15. 趣味活動や屋外活動支援 17. その他（	2. 病気や薬についての詳しい説明 4. 介護用品に関する相談や情報提供 6. 介護を楽に行うための助言指導 8. 介護者の相談や話し相手 10. 身体の清潔に関するサービス提供 12. 食事の内容や栄養に関する指導 14. 床ずれ予防のための助言や指導 16. 公的助成などの情報提供 ）
---	---

- ⑥ 最後に、ご本人さまについてお伺いします。下記から一つだけ選んで○印をつけてください。

年齢	40歳代以下	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
介護度	該当なし	要支援（ 1・2 ）		要介護（ 1・2・3・4・5 ）		

ご協力ありがとうございました。
今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。