

神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会 8/9研修・交流会 参加アンケート

施設名			お名前	
所属	役職	TEL		
		E-mail		

※無記名でも結構です。

貴施設について、お伺いします。

問1	所在する 2次医療圏	
----	---------------	--

問2	医療機能について (該当全て)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期

問3	病棟(病床)種別 について (該当全て)	一般	療養	精神	結核	地域 包括	回復期 リハ	緩和 ケア	その他

問4	研修・交流会に参加したきっかけ はなんですか？	①プログラムを見て興味があった	
		②業務上必要であった	
		③病院の方針など	
		④その他	

問5	内容の感想をお聞かせください	大変参考 になった	参考に なった	普通	参考に ならない	難しい
	第1部 地域看護師の必要性 アンケート結果					
	第2部 実施病院に聞く、取組みの課題・解決					
	全体を通して					

問6	こうした取組みに 参画したいです か？	参画 したい	理由を具体的に記入してください
	希望の有無と、 その理由も記入し てください	参画した くない	

問7	今回ご紹介したような自院以外との連携や、人材交流・出向などの実績はありますか？	ある	ない

問8	問7の取組みは、いずれの施設間で実施されていますか？	法人内	関連施設	他の法人	(その他: 枠内に記入)

問9	ご意見・ご感想があればご記入ください。	
----	---------------------	--

問10	今後、希望する内容や紹介して欲しい取組みなどがあればご記入ください。	
-----	------------------------------------	--

ご協力ありがとうございました。回答は (toiawase@k-ha.or.jp または FAX 045-231-1794) へ