**大村市地域包括支援センター　FAX ５３－８３４８**



令和３年度 認知症基礎講習会 アンケート

* 現在の職種を記載してください。
* 下記のアンケートにご協力ください。

Q1）配信①　認知症医療Ⅰ「認知症の病態」について尋ねします。

１　　　　　　　　　 　　　　　　　２　　　　　　　　　 　　　　　　 ３　　　　　　　　　　　 ４　　　　　　　 　 ５

非常に参考になった

参考にならなかった

あまり参考にならなかった

どちらとも言えない

参考になった

Q2）配信②　認知症医療Ⅱ「認知症の検査・治療」についてお尋ねします。

１　　　　　　　 　　　２　　　　　　　　　　　 ３　　　　　　　　　 ４ ５

非常に参考になった

参考にならなかった

あまり参考にならなかった

どちらとも言えない

参考になった

Q3）配信③　BPSDⅠ「BPSDの病態・症状」についてお尋ねします。

１　　　　　　　　　　 ２ ３　　 ４　　　　　　　　　　　 ５

参考にならなかった

あまり参考にならなかった

どちらとも言えない

参考になった

非常に参考になった

Q４）配信④　BPSDⅡ「BPSDの対応方法と治療法」についてお尋ねします。

１　　　　　　　　　　 ２ ３ ４　　　　　　　　　　　 ５

参考にならなかった

あまり参考にならなかった

どちらとも言えない

参考になった

非常に参考になった

Q５）配信⑤　連携　「認知症の人の在宅生活を支える多職種連携」についてお尋ねします。

１　　　　　　　　　　 ２ ３ ４ ５

参考にならなかった

あまり参考にならなかった

どちらとも言えない

参考になった

非常に参考になった

Q６）オンデマンド配信方式での講習会についてお尋ねします。

１　　　　　　　　　　 ２ ３ ４　　　　　　　 ５

良くなかった

あまり良くなかった

良かった

非常に良かった

どちらとも言えない

Q7）この様な認知症の研修会で、「ここをもっと知りたい」等がありましたら下記に記載をお願いします。

★ご記入後は**FAX**にて**令和4年2月28日（月）**までに**ご提出をお願いします**。