

患者様 各位

浅ノ川総合病院 リハビリテーションセンター
言語療法部門

アンケート調査のお願い

時下 益々のご健勝のこととお喜び申し上げます。平素より当リハビリテーションセンターをご利用頂き誠にありがとうございます。

当リハビリテーションセンター言語療法部門では言語聴覚士が今後嚥下訓練・指導を受けた患者様へ充実した介助指導を行うことを目的とし、当院で言語聴覚士から嚥下訓練・指導を受けられ、同意を得た患者様へ介助指導の内容や退院後の食生活について調査を実施しております。自宅退院一ヶ月後を目安とし、患者様（又はご家族様）のご自宅へ電話調査をさせていただきたく存じます。

つきましては、ご多忙中大変恐れいりますが、アンケート調査にご協力くださいますことを謹んでお願い申し上げます。ご不明なことがあれば、下記の連絡先までご連絡下さい。

※ 調査に参加しない、あるいは参加を途中でとりやめても、その後の診療に不利益は生じません。

記

対象：当院で嚥下機能訓練・指導を受けられた患者様又はそのご家族様

調査時期：自宅退院から約一ヶ月後

方法：電話調査

調査内容：①当リハビリテーションセンター言語聴覚士から受けた指導内容について

②自宅（又は通所先）での食事状況について

個人情報の取り扱い：知り得た情報は当院の『個人情報保護に関する方針』に基づき対応します。なお、退院までに患者ご本人様（ご家族様）にも同意の意思を確認致します。

<連絡先>

〒920-8621

石川県金沢市小坂町中 83 番地

医療法人社団 浅ノ川 浅ノ川総合病院 リハビリテーションセンター 言語療法室

Tell (076) 252-2101

上記案内文を読み、アンケート調査に

同意します

同意しません

以上

年 月 日

浅ノ川総合病院 リハビリテーションセンター
言語聴覚士 _____