

(平成 年 月 日)

在宅医療同行訪問実地研修に関する意向調査

福井県在宅医療サポートセンター主催の研修会後のアンケートで在宅医療同行訪問実地研修をご希望された方に意向確認をさせていただきます。

氏名 _____

同行訪問実地研修を实践するうえで、以下についてご意向をお伺いいたします。

1. どの先生との同行訪問実地研修を希望されますか

- ① 希望医師名 () ②希望医師は特にいない

2. 同行訪問実地研修の地域について

- ① 同じ地区の医師会 ②近隣の地区医師会でもよい
② 希望症例があれば遠方の医師会でもよい

3. どのような患者への同行訪問実地研修を希望されますか

希望の疾患・病態・知りたいこと等

--

4. ご希望の時間帯・曜日等があればご記入ください

希望時間帯・曜日・その他

--

5. その他のご意向

--

有難うございました。できるだけご意向に沿わせて調整させていただきます。

福井県在宅医療サポートセンターまでFAXをお願いします。

FAX (0776) 21-6641