

敬老居住者・スタッフ 苦情調査票

日付:

名前(ローマ字):

住所(英語):

電話番号と電子メールのアドレス:

年齢:

人種:

主な使用言語:

1. あなたは居住者ですか、それともスタッフですか? (どちらかを○で囲んでください)

居住者 / スタッフ

2. 居住者の方は、居住する施設の名前と居住期間をお書きください。

施設名 _____ 居住期間 _____

3. スタッフの方は、職名と在職期間をお書きください。

職名 _____ 在職期間 _____

4. いちばん新しい問題が起きた日付: _____

5. どのような問題なのか、簡単にご説明ください。

6. その問題によって情緒的・身体的な症状が出ましたか? (例えば、睡眠障害、イライラ、気分の落ち込み、絶望感、食欲減退、高血圧、肺炎、感染症、悪心・吐き気・下痢、不整脈、心臓発作、脳卒中、など) 「はい」または「いいえ」でお答えください。症状があった場合は、状態をご説明ください。はい/いいえ

7. 問6で「はい」と答えた方にお尋ねします。スタッフの看護師または医師、あるいは他の誰かにその症状を相談しましたか?

8. その問題を誰かに相談しましたか? 誰に相談しましたか?

相談した人の名前 _____

相談したときに、どのような反応がありましたか?

9. 相談したことで、何らかの報復がありましたか? 「はい」または「いいえ」でお答えください。「はい」と答えた方は、どんな報復があったかご説明ください。 はい/いいえ

10. (スタッフの方のみお答えください) その問題が起きたことで、辞職を考えたり決めたりしましたか? 「はい」と答えた方はその日付をお書きください。 はい/いいえ

11. (居住者の方のみお答えください) その問題が起きたことで、他の引退者・養護施設に移転を考えたり決めたりしましたか? 「はい」と答えた方はその日付をお書きください。
はい/いいえ

12. 日本語で提供されるサービスが減少しましたか? もし減少した場合、どんなサービスが減ったか、それによってどんな影響があったか、簡単にお書きください。(例えば、日本語を話すスタッフ・ボランティア・活動が減少した、など)

13. その他、ご意見をお書きください。
