

「みまもりシステム Smyline」に関するアンケート調査へのご協力をお願い

利用された方の状態について教えてください

(年齢、性別、要介護度、障害の状態、症状、設置場所・利用場所等など、なるべく詳細にご記入ください)

[]

ご記入者 ご本人 ご家族 介護者 (お仕事内容:)
 その他 ()

問1: この機器を利用された期間について教えてください。(一点だけ選択ください)

- 1週間未満 1週間~2週間 2週間~3週間 3週間~1か月

問2: この機器を利用された感想を教えてください。

- | | そう思う ← | どちらとも
いえない | → | 思わない | わからない
該当なし |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 操作は簡単にできた | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 利用をきっかけに笑顔が増えた (自分も周りも) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 今後も続けて利用したい | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

問3: どのように活用すると効果があり、かつ新しい発見が生まれると思いますか?

[]

問4: 利用された感想、ここが良いと思った機能についてご記入下さい。

[]

問5: 製品の改善点や、お気づきの点についてご記入下さい。

[]

問5: 最後にこの製品について、全体的な視点から5段階での評価をお願いします。

- 高い ← どちらともいえない → 低い

御協力ありがとうございました。ご回答頂いた内容は、本調査の目的以外には使用しません。
川崎市 (ウェルフェアイノベーション推進事業)
ハイブリッドシステム株式会社