

# 「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