

資料3：属性を問う質問紙

- 質問紙は無記名かつ、個人の特定につながる年齢や具体的な所属について一切問いません
- お手数ですが、下記の質問に対して、チェックをお願いします

該当するもの全て☑し、経験のある領域のその他、および、臨床経験年数をご記入ください

・性別 ☐男性 ☐女性 ☐回答しない

・職種 ☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士

・現在の所属施設の種別 *該当するもの全て☑して下さい。該当する項目がない場合は、☐その他の()内に施設の種別をご記入ください

☐急性期病院 ☐回復期リハビリテーション病棟 ☐認知症治療病棟 ☐療養型病棟
☐地域包括ケア病棟 ☐クリニック ☐介護老人保健施設 ☐デイケア(通所リハビリテーション)
☐訪問リハビリテーション ☐訪問看護ステーション ☐デイサービス(通所介護) ☐介護老人福祉施設
☐障害者支援施設 ☐精神(科)病院 ☐精神科デイケア ☐発達障害領域の病院 ☐教育機関
☐行政機関(役所を含む) ☐その他()

・臨床経験年数()年目 *()内に数字を入力ください

例)今年4月にセラピストになったばかり→臨床経験年数1年目の「1」を記入ください

ご協力ありがとうございました。