蓮田市エンディングノート（第２版）アンケート

蓮田市健康福祉部在宅医療介護課　医療介護連携担当　宛

✿蓮田市エンディングノートの事業活用や改訂の参考とするため、ご意見ご感想をお寄せください。エンディングノートを手にしてから半年以内をめどに、下記いずれかの方法でご回答をお願いいたします。

① 在宅医療介護課　窓口

② ＦＡＸ ※この用紙を送信してください。ＦＡＸ：048-769-0684

③ 電子アンケート ※右のQRコードから、アンケート入力画面にお進みください。

✿該当する項目に記入または〇マル をつけて下さい。

Ｑ１．あなたのご年齢について伺います。

① 20歳未満　② 20代　③ 30代　④ 40代　⑤ 50代
⑥ 60代　⑦ 70代　⑧ 80代　⑨ 90歳以上

Ｑ２．エンディングノートの記入について伺います。

① 全部記入した
② 自分が必要と思う項目を記入した
③ 今後記入する予定
④ 記入していない（理由：　　）

Ｑ３．【Ｑ２.で「①と②」を選択した方のみ】

エンディングノートに記入した内容について、大切な人と話し合いましたか。

① 話し合った
② 話し合う予定がある
③ 話し合っていないが、今後話し合いたいと思っている
④ 話し合っていないし、話し合う予定もない

Q4.【Ｑ３.で「①」を選択した方のみ】

エンディングノートに記入した内容について、誰と話し合いましたか。

① 家族　②主治医　③看護師　④介護関係者　⑤その他（　　）

Q5.エンディングノートの内容のうち、役に立ったものを３つ選び、理由を記入してください。

（複数回答可）

□	プロフィール	□	あしあと	□	今のわたし	□	健康状態
□	人生の最終段階における医療について	□	介護について	□	認知症などで、財産の管理・判断能力が低下した場合		
□	わたしに関わる人たち	□	大切な人たちへのメッセージ	□	ペット	□	葬儀のこと
□	お墓のこと	□	遺言書のこと	□	自分の死亡を伝える相手のリスト	□	定期契約のリスト
□	プライベートな品の後始末	□	財産のこと	□	相談・手続き先一覧	□	遺影用写真添付欄

（選んだ理由　　）

Q6.エンディングノートに関するご意見・ご感想など、ご自由にお書きください。

（　　）

ご協力いただきありがとうございました。