

一 障害児入所支援(旧肢体不自由児施設)版 一

職員用：回答シート

施設・事業所名：

○回答者属性（どちらかに”○”をつけてください）

	リーダー層
	一般職員

○サービス分析シート(カテゴリー6)（あてはまるもの一つに”○”記入してください）

NO.	でき て い る	と こ き ろ て が い あ な る い	でき て い な い	分 知 か ら な い ・
6-1-1				
6-2-1				
6-2-2				
6-3-1				
6-3-2				
6-3-3				
6-3-4				
6-4-1				
6-4-2				
6-4-3				
6-4-4				

NO.	でき て い る	と こ き ろ て が い あ な る い	でき て い な い	分 知 か ら な い ・
6-4-5				
6-4-6				
6-4-7				
6-5-1				
6-5-2				
6-6-1				
6-6-2				
6-6-3				