

千葉市発達障害等に関する巡回相談（すくすくサポート）実施後 アンケート

施設名		実施日	令和 年 月 日
職種		記入者氏名	

1. 巡回相談を実施した感想をお聞かせ下さい

- ① 参考になった ② 参考にならなかった ③ どちらでもない

理由	
----	--

2. 巡回相談において改善を望む点はどのようなことですか（複数回答可）

- ① 観察時間帯の変更
- ② 巡回相談員の拡充
- ③ 個別相談受け入れ人数の拡充
- ④ 対象年齢の拡大・変更
- ⑤ 現状制度のままでよい
- ⑥ その他（ ）

3. 次年度以降も巡回相談事業の受け入れを希望しますか

- ① 希望する
- ② 希望しない
- ③ 現段階ではわからない

理由	
----	--

4. 巡回相談事業に関し、保護者の方からのご意見やご要望等があればお聞かせ下さい

5. その他、巡回相談事業全般についてご意見やご要望等あればお聞かせ下さい

※アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました