

介護者の状況

介護者の 状況	あなたは主たる介護者ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	介護に関する協力者はいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 協力者の名前 () 協力者とあなたの関係 ()
	介護について相談できる相手はいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	介護との関わり方 <input type="checkbox"/> 身体介護を含む介護全般を担う <input type="checkbox"/> 主たる介護者の補助 <input type="checkbox"/> 介護に関するマネジメント <input type="checkbox"/> 具体的な介護にあまり関わっていない <input type="checkbox"/> その他 ()

就労状況	現在、仕事をしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(以下、現在就労されているかたのみ記入) どのような就労形態ですか <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()
	あなたの収入は家計の主な収入源ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	あなたの勤務先で利用できる制度はありますか <input type="checkbox"/> 介護休業 <input type="checkbox"/> 介護休暇 <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 勤務時間の変更 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 介護費用補助 <input type="checkbox"/> 相談窓口 <input type="checkbox"/> その他
介護と仕事の両立に不安はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に	