**JACOステレオテストアンケート**

１．自治体名（　　　　　　　　　　　　　　　 ）

２．対象月齢（　　　　ヵ月 ）

３．対象人数（　　　　　人 / 1回　） 　　 (　年間　　　 　　人 ）

４．現在使用中のステレオテストはありますか。　　　（　はい　・　いいえ　）

　　名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．所要時間

　　視覚検査全体の所要時間　　　　　　（約　　　　　時間　　　　　分）

　　JACOステレオテストの所要時間　　（約　　　　分/1人）

　　現在使用中のステレオテストと比べて（　短時間でできた・　同等　・　時間がかかった　）

６．JACOステレオテストの使用感はどうでしたか。（　良かった・　普通　・　悪かった　）

　　使用感についてお聞かせください。（自由記載）

７．対象児の理解度はどうでしたか。　（　理解しやすい・　普通　・　理解しにくい）

　　対象児の理解状況についてお聞かせください。（自由記載）

８．今後、使用してみようと思いますか。（　使ってみたい　・　使わない　）

　　理由をお聞かせください。（自由記載）

９.　万一破損等ありましたら不具合箇所をお知らせください。（弁済は無用です）