

令和2年度 行田市障がい者差別についてのアンケート

下記の項目について、該当する項目に☑または○をつけてください。

Q.1 あなたについて

せいじにん せいべつ 性自認 (性別)	だんせい じよせい <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ねんれい 年齢	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代以上
かいとう かと 回答する方	<input type="checkbox"/> 障がい当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> その他 ()
お住まい	<input type="checkbox"/> 行田市 <input type="checkbox"/> 羽生市 <input type="checkbox"/> 加須市 <input type="checkbox"/> 熊谷市 <input type="checkbox"/> 鴻巣市 <input type="checkbox"/> その他 () 市

Q.2 障がい種別について (該当するものを全て選択してください)

<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障がい	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい	<input type="checkbox"/> 言語障がい	<input type="checkbox"/> 内部障がい
<input type="checkbox"/> 知的障がい	<input type="checkbox"/> 精神障がい	<input type="checkbox"/> 発達障がい	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> その他 ()

Q.3 障がいを理由とする差別を経験しましたか。

<input type="checkbox"/> 経験した	→Q.4へ ※2回以上経験がある方はこの用紙 (両面) をコピーして Q.4 について記入し、この用紙とホチキス等でまとめてください。
<input type="checkbox"/> 経験していない	→Q.6へ
<input type="checkbox"/> わからない	→Q.6へ

Q.4 どのような差別を経験しましたか。

【経験した地域】

<input type="checkbox"/> 行田市	<input type="checkbox"/> 加須市	<input type="checkbox"/> 羽生市	<input type="checkbox"/> 熊谷市	<input type="checkbox"/> 鴻巣市	<input type="checkbox"/> 深谷市
<input type="checkbox"/> その他埼玉県内		<input type="checkbox"/> 東京都	<input type="checkbox"/> その他の都道府県		

【経験した年(およそ)】

<input type="checkbox"/> 1年以内	<input type="checkbox"/> 1年～5年前	<input type="checkbox"/> 6年～10年前	<input type="checkbox"/> 10年以上前
-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

【経験した場所】

<input type="checkbox"/> 市役所・公共施設	<input type="checkbox"/> 学校・幼稚園・保育園	<input type="checkbox"/> 駅・電車・バス・タクシー・空港
<input type="checkbox"/> 銀行・証券会社・保険会社・郵便局	<input type="checkbox"/> 不動産関係	<input type="checkbox"/> 病院・医院・薬局
<input type="checkbox"/> コンビニ・スーパー・ホームセンター	<input type="checkbox"/> 衣料品店	<input type="checkbox"/> 宿泊施設・入浴施設
<input type="checkbox"/> 飲食店 (ファミリーレストラン・テイクアウト・イートイン問わず)		
<input type="checkbox"/> 大型ショッピングセンター	<input type="checkbox"/> 福祉施設	<input type="checkbox"/> 職場
<input type="checkbox"/> その他 ()		

(裏面もご記入ください)

