

Create Questionnaire (Questionnaire Template)

Questionnaire Template is a tool used to create and manage Questionnaire Templates. It allows you to create a new Questionnaire Template, edit an existing one, and delete a Questionnaire Template. You can also create a new Case Note Template, edit an existing one, and delete a Case Note Template.

Provider Setup administrative (Questionnaire Template) allows you to create a new Questionnaire Template, edit an existing one, and delete a Questionnaire Template.

1. **Admin** (Questionnaire Template) allows you to create a new Questionnaire Template, edit an existing one, and delete a Questionnaire Template.

To Do	General	
Individual	Provider	Preferences Password Policy Archive Preference
Admin	Change Password	User List
Agency Reports	User Privileges	Manage Archive Legacy Archive Upto Jul 2011
Individual Home Page	Admin Roles	List Legacy Archive
Settings	Questionnaire	Create Search
	Case Note Template	Manage Location Manage Activity Type Create Template Search Template Template Configuration

2. **Questionnaire** (' questionnaire) , , **Name** () **Save** ()

Questionnaire New ⓘ

Questionnaire Information

* Name
WG Short Set of Questions on Disability

Back
Save

3. , **Add Question** ()

Questionnaire Draft ⓘ

Questionnaire has been Successfully Saved

Questionnaire

Name
WG Short Set of Questions on Disability
Edit

Question(s)

No Questions are Available

Add Question

Back
Delete
Approve

[illegible]

Question

New

Question Information

Questionnaire Name

WG Short Set of Questions on Disability

* Title

Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

About 195 characters left

* Question Number

1

Is Answer Required

☐

Hint

About 500 characters left

* Answer Type

- Please Select -

Back

Save

5. **Answer Type** (Answer Type) **Answer Type**

Question New

Question Information

Questionnaire Name WG Short Set of Questions on Disability

*** Title**

Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

About 195 characters left

*** Question Number**

Is Answer Required

Hint

- Please Select -
Numeric (Decimal)
Numeric (Integer)
Text
Text (Multi-line)
Date
Time
Radio
DropDown
DropDown (Custom)
Checkbox
Address
Read-only
Program
Login
Attachment

*** Answer Type**

- Please Select -

Back

Save

Note (Note):

- 問答形式の質問票を作成する際には、以下の点に注意してください。
 - **Numeric (Decimal)** 数値型 (小数): 数値を入力する際に小数点を指定する必要があります。
 - **Numeric (Integer)** 数値型 (整数): 数値を入力する際に小数点を指定する必要はありません。
 - **Text** 文字: 最大 255 文字まで入力可能な自由記述欄です。

□□□□□□□□ □□□□□□ □□ □□□□□ □□□□□□□□

- **Text** (Multi-line) 欄位 (欄位-號碼): 欄位 號碼 3000 欄位號碼 欄位
欄位號碼 欄位 欄位號碼 欄位 欄位號碼 欄位 欄位 欄位 欄位
- **Date** 欄位: 欄位 欄位 MM/DD/YYYY 欄位號碼 欄位 欄位 欄位
- **Time** 欄位: 欄位 欄位 HH:MM 欄位號碼 欄位 欄位 欄位
- **Radio** 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 60 欄位 欄位 欄位, 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
- **DropDown** 欄位: 欄位-欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位-欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位, 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
- **DropDown (Custom)** 欄位 (欄位): 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 ‘欄位 欄位
欄位’ 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
- **Checkbox** 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 60 欄位 欄位 欄位, 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位
- **Address** 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 1,
欄位 2, 欄位, 欄位 欄位,, 欄位 欄位
- **Read-only** 欄位 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
- **Program** 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
- **Login** 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位
- **Attachment** 欄位: 欄位 欄位 欄位 欄位 欄位/欄位
欄位 欄位 欄位 欄位

6. _____ , **Save** (____) _____ .

Question Approved ⓘ

Question has been Successfully Updated

Question

Questionnaire Name WG Short Set of Questions on Disability

Title Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

Question Number 1

Code

Is Answer Required Yes

Hints

Answer Type Radio

Add Answer Option

Back

Delete

Edit

8. **'Answer Option page (質問票の回答オプションの追加)'** 画面上部、質問票の回答オプションの追加
ボタンをクリックすると、**Label** (ラベル) の入力欄が表示されます; **Option number** (回答オプションの
番号) の入力欄が表示されます。入力完了後、**Save** (保存) ボタンをクリックして保存します。

[illegible]

Question Approved ⓘ

Question

Questionnaire Name WG Short Set of Questions on Disability

Title Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

Question Number 1

Code

Is Answer Required Yes

Hints

Answer Type Radio

Answer Option

- ☐ 1. No - no difficulty [Edit](#)
- ☐ 2. Yes – some difficulty [Edit](#)
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty [Edit](#)
- ☐ 4. Cannot do at all [Edit](#)

[Add Answer Option](#)

[Back](#)



[Delete](#)

[Edit](#)

10. 問答紙の 問答項目の 内容が 不適切な場合は 必ず 問答紙の 内容 を 修正し、 修正後、 問答紙の 内容 を **Approve** (承認) して 問答紙の 内容 を 公開 してください。

Questionnaire Draft

Questionnaire

Name	WG Short Set of Questions on Disability	Edit
Question(s)		
Add Question		
1. Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?*		
☐ 1. No - no difficulty ☐ 2. Yes – some difficulty ☐ 3. Yes – a lot of difficulty ☐ 4. Cannot do at all Show Details		
2. Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid?*		
☐ 1. No - no difficulty ☐ 2. Yes – some difficulty ☐ 3. Yes – a lot of difficulty ☐ 4. Cannot do at all Show Details		
3. Do you have difficulty walking or climbing steps?*		
☐ 1. No - no difficulty ☐ 2. Yes – some difficulty ☐ 3. Yes – a lot of difficulty ☐ 4. Cannot do at all Show Details		
4. Do you have difficulty remembering or concentrating?*		
☐ 1. No - no difficulty ☐ 2. Yes – some difficulty ☐ 3. Yes – a lot of difficulty ☐ 4. Cannot do at all Show Details		
5. Do you have difficulty (with self-care such as) washing all over or dressing?*		
☐ 1. No - no difficulty ☐ 2. Yes – some difficulty ☐ 3. Yes – a lot of difficulty ☐ 4. Cannot do at all Show Details		
6. Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood?*		
☐ 1. No - no difficulty ☐ 2. Yes – some difficulty ☐ 3. Yes – a lot of difficulty ☐ 4. Cannot do at all Show Details		
7. Comments (If any)		
Show Details Add Question		

Back

Delete

Approve

Note (注意): 本ソフトウェアは、お客様のコンピュータにインストールされた後、自動的に「**Copy**」(コピー)、「**Export**」(エクスポート)のボタンが表示されます。このボタンをクリックすると、本ソフトウェアのインストールが完了します。

Questionnaire Approved ⓘ

Questionnaire has been Successfully Approved

Questionnaire

Name WG Short Set of Questions on Disability

[View Layout](#) [Create/Edit](#)

Question(s)

1. Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?*

- ☐ 1. No - no difficulty
- ☐ 2. Yes – some difficulty
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty
- ☐ 4. Cannot do at all

2. Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid?*

- ☐ 1. No - no difficulty
- ☐ 2. Yes – some difficulty
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty
- ☐ 4. Cannot do at all

3. Do you have difficulty walking or climbing steps?*

- ☐ 1. No - no difficulty
- ☐ 2. Yes – some difficulty
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty
- ☐ 4. Cannot do at all

4. Do you have difficulty remembering or concentrating?*

- ☐ 1. No - no difficulty
- ☐ 2. Yes – some difficulty
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty
- ☐ 4. Cannot do at all

5. Do you have difficulty (with self-care such as) washing all over or dressing?*

- ☐ 1. No - no difficulty
- ☐ 2. Yes – some difficulty
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty
- ☐ 4. Cannot do at all

6. Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood?*

- ☐ 1. No - no difficulty
- ☐ 2. Yes – some difficulty
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty
- ☐ 4. Cannot do at all

7. Comments (If any)

[Back](#)

[Copy](#)

[Export](#)

[Discontinue](#)

