

Ⅲ. “現在～過去半年の間”に 受けた医療機関での治療やケアについておうかがいします。

*あてはまる回答に☑を記入してください

注)「医療者」は、主治医、医師、看護師、コーディネーター、薬剤師などすべてを含みます。

注) 半年間、全く医療機関を受診していなかった方は、最後の受診状況を思い出して回答してください。

		全く ない	ほとんど ない	時々 ある	たいてい ある	いつも ある
問1	医療者から 治療についてのあなたの考えや意見を聞かれましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問2	医療者から 治療についての選択肢をいくつか与えられましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問3	医療者から 薬の効果・副作用についてあなたの考えや意見を聞かれましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問4	医療者から あなたの健康を促すための資料やパンフレット等もらったことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問5	医療者から うけているケアに満足していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問6	医療者から 自己管理の必要性を具体的に説明されましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問7	医療者から 治療の方向性について説明がありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問8	医療者から 食事や運動に関して具体的な目標を言われたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問9	医療者から あなたの治療計画について書かれたもの(紙、計画書など)もらったことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問10	医療者から 「心の健康」を手助けするための、特別なグループや専門家を紹介されたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問11	医療者から あなたのライフスタイル(生活習慣)について質問されたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問12	医療者が治療について話をする時、あなたの価値観や信念などを同時に考えてくれていると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問13	できる限り生活に支障がなく治療に取りくめるよう、医療者から手助けをされたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問14	治療・通院を続けていく事が困難であったとき、その困難を解決できるよう医療者から手助けをされたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問15	長期間に及ぶ治療・通院が、あなたの人生にどの様に影響をあたえるのか、医療者から質問されたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問16	通院間隔は問題ないかと医療者から質問されたことはありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問17	病気以外で抱えている問題を解決できるように、医療者からその問題に関する情報や社会資源などを教えてもらえましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問18	主治医から、カウンセラー、薬剤師、ソーシャルワーカー、栄養士など他の専門職者を紹介されたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問19	主治医または他の医師から、眼科などの他診療科を紹介されたことがありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問20	通院間隔は問題ないかと他の診療科の医療者から質問されたことはありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ⅲ. “現在～過去半年の間”に 受けた医療機関での治療やケアについておうかがいします。

*あてはまる回答に☑を記入してください

注) 「医療者」は、主治医、医師、看護師、コーディネーター、薬剤師などすべてを含みます。

注) 半年間、全く医療機関を受診していなかった方は、最後の受診状況を思い出して回答してください。

		None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	Always
Q1	Asked for my ideas and <u>views</u> when we made a treatment plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 2	Given choices about treatment to think about	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 3	Asked to talk about <u>any side effects</u> or effects with my medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 4	Given a written <u>brochure</u> or list of things I should do to improve my health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 5	Satisfied <u>of our care</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 6	<u>Explained how what I need to do self-management</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 7	<u>Explained about my way of treatment</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 8	<u>Asked to talk about detail goal of eating or exercise</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 9	Give a <u>written paper or list of my treatment</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 10	<u>Introduced to go a specific group or specialist to help my mental condition</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 11	Asked questions <u>about my life style</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 12	Sure that <u>my medical staffs</u> thought about my values and beliefs when they recommend treatment to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 13	Helped to keep <u>life and treatment</u> that I could carry out in my daily life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 14	Helped to <u>keep visiting hospital and treatment in my hard times</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 15	Asked how my chronic condition affects my life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 16	<u>Asked how things were going every hospital visiting</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 17	<u>Introduced about information or community resources of encouraged of me(to solve the problem except for disease)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 18	Referred to counselor, <u>social worker, pharmacist, dietitian or other specialist</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 19	<u>Introduced</u> how my visits with other types of doctor, like an eye doctor <u>needed</u> my treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 20	Asked how my visits with other doctors were going	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>