

筋強直性ジストロフィー患者の ケアについてのアンケートのお願い

はじめに

この説明文書は、患者さんに臨床研究「筋強直性ジストロフィー患者のケアについてのアンケート調査研究」へのご協力をお願いするものです。この説明文書をよく読み、よく理解していただいて、あなたが研究に協力しても良いかどうかを十分に考えて判断してください。この研究は厚生労働省の難治性疾患等政策研究事業「筋ジストロフィーの標準的医療普及のための調査研究」班の活動の一環として、大阪大学医学部附属病院の臨床研究審査委員会の審査を受け、病院長の許可を受けて実施するものです。

目的・意義

筋強直性ジストロフィー（以下“DM”と略します）患者さん（以下“あなた”と略します）が現在受けておられるケアや支援についての内容をアンケート調査するものです。私達は現在DMの医療者向けの診療ガイドラインを作成中ですが、そのための基礎資料として、患者さんが実際に受けておられるケアや支援の実態を調査したいと考えております。また、ガイドライン発刊後に同様の調査を再度行うことで、ガイドラインの有効性評価や改訂にも役立てたいと思っています。

方法

1) 参加をお願いする方について

この研究（アンケート）は、全国の DM 患者さんのうち、国立精神・神経医療研究センターと大阪大学で運営している Remudy 患者登録に登録され、臨床研究のご案内を受け取ることに同意されている方、および厚生労働省の難治性疾患等政策研究事業「筋ジストロフィーの標準的医療普及のための調査研究」班の班員所属施設に通院・入院されている方をお願いしております。

様々な年齢・症状の方について調査したいと考えておりますので、未成年や認知機能に問題がある場合でも、ご家族など代理できる方にご承諾いただき、ご協力をお願いしたいと考えております。

2) 具体的には

説明文書をお読みの上、ご協力いただける場合には、別紙の質問用紙に記入いただくか、4 ページに記載しているインターネットのサイトからご回答ください。回答に要する時間は 10-20 分程度です。

まず、4 ページで承諾の旨をチェック していただき、以降の質問にご回答ください。無記名のアンケートですので、お名前は記入しないでください。

用紙に記入した場合には、同封の料金受取人払いの封筒に入れ、国立病院機構刀根山病院にお送りください。回収されたアンケートは大阪大学へ運ばれ、集計・解析が行われ、保管されます。

実施予定期間と目標症例数

今回のアンケートの配布は 2018 年 5 月末まで 1300 人の患者さんを目標に行い、解析や診療ガイドライン作成後の再調査などの研究全体は 2022 年 12 月末まで行われます。

予想される利益と不利益

この研究の結果が、あなたに有益な情報をもたらす可能性は低いと考えられます。しかし、本研究の成果は診療ガイドラインの作成などに役立ち、将来あなたと同じ病気に苦しむ方々の診断や治療などがより効果的に行われるようになることが期待されます。

参加は任意です

この研究への参加は、あなたの自由な意思で決めてください。たとえお断りになっても今後の治療において不利益を受けることはありません。なお、無記名のアンケートですので、郵送あるいはインターネット入力の後にはどなたの回答かわかりませんので、同意を撤回することができません。

研究に関する情報公開の方法

この研究が審査された倫理審査委員会の会議の記録の概要は、厚生労働省倫理審査委員会報告システムで公表しております。この研究の結果は、学会や医学雑誌などで発表される予定です。

研究の開示

あなたが希望される場合は、この試験の独創性の確保に支障がない範囲で研究計画書やその他の資料をご覧になることができます。お気軽に次ページの問い合わせ先までご連絡ください。

個人情報などの取扱い

無記名アンケートですので、インターネット回答も含め、個人情報は収集しません。どなたのご回答が研究者には全く分かりません。

情報の保管及び廃棄の方法

この研究で収集したあなたの情報は、本研究の結果が医学雑誌などに発表されてから10年間、適切に保管された後に復元できないような形で廃棄します。

研究の資金源および研究に係る利益相反

この研究は、厚生労働省難治性疾患等政策研究事業の研究費で実施します。担当医師が個人的に利益を受けることはなく、この研究の実施や報告にあたり、個人や組織の利益のために公正な判断を曲げるようなことは一切ありません。

費用について

アンケートの返送は郵便料金受取人払いですので、特に経済的なご負担はありません。なお、インターネット入力をされる場合に、通信費が必要な場合にはあなたの負担となります。

研究組織

【研究代表者】

(研究全体を統括する研究者)

大阪大学医学部附属病院
神経内科・脳卒中科 高橋正紀

【研究事務局】

(事務的な業務を行う施設)

国立病院機構 刀根山病院 神経内科

【共同研究施設】

国立病院機構 刀根山病院 神経内科
国立病院機構 青森病院 神経内科

【アンケート配布予定施設】

大阪大学医学部附属病院
神経内科・脳卒中科 高橋正紀

国立病院機構 刀根山病院
神経内科 松村 剛

国立病院機構 青森病院
神経内科 高田博仁

国立病院機構 鈴鹿病院
神経内科 久留 聡

国立精神・神経医療研究センター病院
小児神経科 小牧宏文

国立病院機構 東埼玉病院
神経内科 尾方克久

東北大学病院
神経内科 青木正志

川崎医科大学
神経内科 砂田芳秀

自治医科大学
内科学講座神経内科学 松浦 徹

東京女子医科大学
小児科 石垣景子

国立病院機構 熊本再春荘病院
神経内科 石崎雅俊

国立病院機構 まつもと医療センター 中信松本病院
神経内科 中村昭則

問い合わせ先・相談窓口

大阪大学医学部附属病院

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-15

TEL: 06-6879-2587 FAX: 06-6879-2587

研究責任者: 神経内科・脳卒中科 教授 高橋正紀

筋強直性ジストロフィー患者の ケアについてのアンケート

アンケートはこの様式に記載して返送いただくほかに、以下のインターネットのサイトにアクセスして入力していただくこともできます。

<http://bit.ly/DManke-to>



アンケートの内容

大きく分けて以下の4つのグループからなっています。

- A. あなた（患者さん）について
- B. あなた（患者さん）の健康状態について
- C. あなた（患者さん）がかかっている病院について
- D. あなた（患者さん）が受けている治療について

回答方法

もっとも当てはまると思うものに をつける質問がほとんどです。

「該当するもの全てを選択ください」と記載されている項目は、当てはまるもの全てにチェック をつけてください。

間違っただけでチェックをつけた場合は二重線で消すか、正しい方を丸で囲んでください。

~~なし~~ なし
 あり あり

()年()月、その他()など()の中には直接回答内容を記入ください。

研究の主旨を理解し、このアンケートを行うこと、その結果を解析し研究に用いることに同意いただける方はチェック をして、以下の質問にお答えください。



本研究の主旨を理解しアンケートに同意します

※上記の枠内にチェックを入れられなかった場合には、同意されたとみなされないため、回答していただいても有効とみなされません。

ご協力いただける場合には、チェックをよろしく願います。

A. あなた（患者さん）について

1. このアンケートに答えておられるのはどなたですか？

（回答者の原則は患者さんご本人ですが、患者さんが年少などの理由でご本人が回答できない場合は代理の方が、回答に支援が必要な場合は患者さんと支援者で協力してお答えください）

- 患者さん本人
- 代理の方
- 患者さんと支援者で協力して記入

2. あなたの年齢・性別を教えてください。

（ ）歳

- 男性
- 女性

3. あなたの直近の身長・体重を教えてください。

身長（ ）cm、体重（ ）kg

4. あなたのお住まいの都道府県を教えてください。

（ ）都・道・府・県

5. あなたはどのように暮らしていますか？

- 一人暮らし（同居者なし）
- 同居者あり：あなた以外の同居者数（ ）人、うちDM患者（ ）人
 - パートナー（配偶者） なし
 - あり
 - 子供 なし
 - あり：人数（ ）人、うちDM患者（ ）人

- 生活場所： 自宅
- 施設（病院以外）
 - 病院（長期入院）
 - その他（ ）

ご自宅で暮らしておられる患者さんにお尋ねします。在宅サービスは利用しておられますか？

- いいえ（利用していない）
- はい：利用しているサービスを全て選択ください。
 - 往診医
 - 訪問看護
 - 通所リハビリ
 - 訪問リハビリ
 - ヘルパー
 - ガイドヘルパー
 - デイサービス
 - 訪問入浴
 - ショートステイ

6. あなたが受けておられるものを教えてください。

- 身体障害手帳: 1級 2級 3級以下
自立支援: 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6
介護保険: 要支援1・2
 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
 障害年金
 特別障害手当
 指定難病(筋ジストロフィー)

7. 患者登録 (Remudy) はされていますか?

- 登録していない 登録している

8. あなたの最終学歴を教えてください。(就学中の方は現在の状況を教えてください)

- 大学・大学院
 短期大学
 専門学校
高等学校 (普通校 支援学校)
中学校 (普通校 支援学校)
小学校 (普通学級 支援学級 特別支援学校)
 保育園・幼稚園

9. あなたの就労状態について教えてください。

- 就学中・就労支援教育中
 作業所
 就労中
勤務形態: 在宅就労
 職場通勤
通勤手段: 公共交通機関
 自家用車
 送迎
 自転車・徒歩
通勤時間: およそ()分
 主婦・家事手伝い
 過去に就労: 最終退職時年齢()歳
 就労したことはない(就学中・就労支援教育中の方は除く)

10. 上の質問で「過去に就労」、「就労したことはない」と答えられた患者さんに質問します。退職・未就労の理由は何ですか?(該当するもの全てを選択ください)

- 定年
 結婚
 その他病気以外の自己都合
 DMによる障害
 DM以外の合併症・併発症による問題
 その他()

B. あなた（患者さん）の健康状態について

11. あなたが最初にDMの症状に気づいたのは何歳の時ですか？

生後4週以内 生後4週から1歳未満 1歳以後：()歳

12. あなたがDMまたはDMに関連した症状（合併症）で最初に医療機関を受診したのは何歳の時ですか？

()歳 不明

13. 最初に医療機関を受診した時の症状・疾患は何ですか？

()

最初に受診した診療科は何ですか？

神経内科・小児神経科 総合内科・一般内科 小児科 循環器科
 内分泌科・糖尿病 消化器内科 呼吸器内科 外科
 眼科 耳鼻咽喉科 産婦人科 歯科
 その他()

14. あなたの現在の歩行能力を教えてください。

支えなしで歩行可能（手すりや杖も不要）
 装具を利用してなら歩ける（歩行器、下肢装具、手すりや杖の使用も含む）
 歩行不能：歩行不能になった年齢()歳
 不明
 歩行を獲得していない

15. 次に挙げる症状がありますか？

ある場合は日常生活への影響や処置・治療の有無を教えてください。

	なし	あるが日常生活に影響なし	症状が強く日常生活に支障がある、何らかの処置・治療を受けている
手指の障害（フタの開けにくさなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋強直現象（手を強く握った後の開けにくさなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嚥下障害 （食べ物・飲み物が飲み込みにくい、ひっかかる、詰まるなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼の見えにくさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳の聞こえにくさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日中の眠たさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. 筋強直現象(こわばり)に対して投薬を受けていますか?

- いいえ
 分からない
 はい:薬の名前が分かれば記入ください()

**17. 嚥下障害があるとお答えになった患者さんに伺います。
嚥下障害に気づいた年齢を教えてください。**

()歳

18. 胃瘻や経管栄養などについて勧められたことはありますか?

- なし
 あり:それはどのような内容ですか?
 胃瘻 経管栄養 その他()

治療を受けましたか?

- はい: 胃瘻造設年齢()歳 経管栄養開始年齢()歳
 いいえ:その理由は何ですか?
 必要を感じない もっと症状が進行したら治療を受ける
 あくまで口から食べたい 侵襲的な処置を受けたくない
 生活が制限される 介護者がいない
 全身状態(呼吸など)が不良なため
 延命処置は受けたくない(胃瘻・経管栄養は延命処置だから)
 その他()

19. 白内障の手術を受けたことはありますか?

- なし
 あり:手術を受けた年齢()歳(両目とも手術を受けた場合は早い方の年齢を記入ください)

20. 疲れやすさ、日中の眠気に対して投薬を受けていますか?

- いいえ
 はい:薬の名前が分かれば記入ください()

21. 以下に挙げる装具などについて使用しているもの全てにチェックをお願いします。

- 杖 歩行器 下肢装具
 手動車いす 電動車いす 屋外用電動乗り物

手動・電動車いす、屋外用電動乗り物で、以下のものを併用している患者さんは
チェックを入れてください。

- リクライニング ティルト ヘッドレスト
 座位保持装置 リフト スライドシート
 自助具:()
風呂器具: バスチェア マット 手すり
トイレ器具: 補高便座 手すり
 電動ベッド 特殊マットレス

C. あなた（患者さん）が受診している病院について

22. あなたは神経筋疾患の専門の医療スタッフがいる病院（以下専門病院と略します）に通院していますか？

- 通院している
 通院していない

23. 22で専門病院に「通院していない」と回答された患者さんにお尋ねします。専門病院を受診されていない理由は何ですか？

- 専門医／専門病院が遠方であるため
 専門医は必要ないため
 専門医がいるということを知らなかった
 その他（ ）

24. 自宅から通院先の専門病院までどのくらいかかりますか？

23で「専門医／専門病院が遠方であるため」と回答された方も、その専門病院までの時間を
 選択ください（通院手段に関係なく実際に通院に要す時間で選択ください）

- 1時間未満 1-3時間 3時間以上

25. 現在定期的に受診している診療科（一つの病院での複数科の場合も含む）を選択ください。

診療科	少なくとも 半年おき	少なくとも 年1回	1年以上 あけて	受けて いない
神経内科・小児神経科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
循環器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌代謝・糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消化器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳鼻科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
産婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
泌尿器科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. DMの診断のために遺伝子検査を受けられましたか？

- はい 検査を受けたのは何歳の時ですか：()歳
- いいえ
- 不明

27. DMと診断されるために受けた診察・検査について、該当するもの全てを選択ください。

- 筋電図（手足の筋肉に針を刺して行う検査）
- 筋生検（手足の筋肉の一部を採取して行う検査）
- 身体所見（筋力評価や筋強直現象などの診察）
- 家族歴（受診時点で血縁者の中にDM患者がいた）
- 一般の血液検査（CK（CPK）高値）
- その他（)
- 分からない

28. これまでに病気に関してどのような情報提供・サポートを受けましたか？

	十分な説明・支援があった	説明・支援があったが不十分だった	説明・支援がなかった	覚えていない
病気の経過と今後の問題点について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病気に関する情報 （パンフレットやウェブサイトの紹介など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者団体について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遺伝カウンセリングについて	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子供を持つ時の問題について （不妊、先天性患者リスクなど）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心理・社会的支援について （心理カウンセラー、ソーシャルワーカー、 ケアマネジャー紹介など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子育て・教育支援について （学校との連携など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. あなたが受けている検査とその頻度について該当するところをチェックください。

あなたが受けている検査	少なくとも 半年おき	少なくとも 年1回	1年以上 あけて	受けて いない
筋力のチェック (リハビリなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12誘導心電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24時間心電図 (ホルター心電図)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心エコー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸機能検査 (肺活量など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠時無呼吸検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部レントゲン検査 (単純X線、CTなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部エコー検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聴力検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. あなた（患者さん）が受けている治療について

30. 人工呼吸器などの使用を勧められたことがありますか？

- なし
- あり:どのようにしていますか？
 - 治療を受けている
 - 治療を受けたが止めた
 - 治療は受けていない

31. 30で「治療を受けている」と答えられた患者さんに伺います。

どのような治療を受けておられますか？（該当するもの全てをお答えください）

- 睡眠中又は日中数時間程度の非侵襲的人工呼吸（マスクによる補助換気）
- 終日の非侵襲的人工呼吸（マスクによる補助換気）
- 睡眠中又は日中数時間程度の気管切開による人工呼吸
- 終日の気管切開による人工呼吸
- 機械的咳介助（カフアシスト、ペガサスなど）
- 徒手の咳介助

32. 30で「治療を受けたが止めた」と答えられた患者さんに伺います。

治療を止めた理由は何ですか？（該当するもの全てをお答えください）

- マスクの装着が不快
- 空気が送られてくるのが不快
- おなかが張る
- 呼吸器を着けると眠られない
- 自宅での装着・管理が困難
- 効果が実感できなかった
- 体調不良（肺炎など）で一時的に使用・体調改善により中止
- その他（）

33. 30で「治療は受けていない」と答えられた患者さんに伺います。

治療を受けない理由は何ですか？（該当するもの全てをお答えください）

- 必要を感じない
- 生活が制限される
- 介護者がいない
- 費用が高い
- 延命処置は受けたくない（呼吸器を着けることは延命処置だから）
- その他（）

34. 不整脈の治療を勧められたことがありますか？

- なし
- あり:どのような治療でしたか？
 - 内服薬
 - アブレーション(カテーテルによる焼灼)
 - ペースメーカー植込み
 - 植込み型除細動器
 - その他()

35. 34で「あり」と答えられた患者さんに伺います。治療を受けましたか？

- はい
- いいえ:その理由は何ですか？
 - 必要を感じない
 - 侵襲的な処置を受けたくない
 - 麻酔を受けたくない
 - カテーテルを受けたくない
 - 機器を使いたくない
 - 全身状態(呼吸など)が不良なため
 - その他()

36. 心機能障害(心不全)の治療を勧められたことがありますか？

- なし
- あり:どのような治療でしたか？
 - 心筋保護剤(ACE阻害剤、アンギオテンシン受容体阻害剤、 β 遮断薬)
 - 利尿剤
 - 分からない
 - その他()

37. 糖尿病・高脂血症(高コレステロール・中性脂肪血症)の治療を勧められたことはありますか？

- なし
- あり:その内容は何ですか？(該当するもの全てを選択ください)
 - 食事指導
 - 内服薬
 - インスリン
 - その他()

38. 37で「あり」と答えられた患者さんに伺います。治療を受けましたか？

- はい:該当するもの全てを選択ください
 - 食事指導
 - 内服薬
 - インスリン
- いいえ:治療を受けなかった理由は何ですか？(一部の治療を受けられている方もお答えください)
 - 必要を感じない
 - 好きなものを好きなように食べたい
 - 面倒くさい
 - 介助者がいない
 - 目や手が不自由でインスリンを正しく使用できない

39. 全身麻酔を伴う手術を受けたことはありますか？

なし

あり：()回

手術の内容が分かれば教えてください()

40. 39で「あり」と答えられた患者さんに伺います。

手術は問題なく行われましたか？

はい

いいえ：どのようなトラブルがありましたか？

麻酔からの覚醒不良

抜管困難・再挿管

横紋筋融解症・高熱

不整脈

誤嚥性肺炎

その他感染症

創部治癒遅延

その他()

41. 不妊治療を受けたことはありますか？(答えたくない場合はスキップしても構いません)

なし

あり

不妊治療を受けた時点ではDMの診断は受けておられましたか？

はい

いいえ

42. 妊娠・出産について(成人女性患者さんのみお答えください)

なし

あり(流死産も含む)

43. 42で「あり」と答えられた患者さんに伺います。

妊娠・分娩はどこで管理されましたか？

NICU(新生児集中治療室)のある病院

NICUのない病院

診療所

産院・自宅

44.42で「あり」と答えられた患者さんに伺います。

妊娠・周産期異常はありましたか？

- なし
- あり:どのようなものでしたか？(該当するもの全てを選択ください)
- 妊娠・周産期異常
- 羊水過多 仮死・呼吸障害 嚥下障害
- 筋緊張低下 関節拘縮 流死産 不明
- 分娩異常
- 帝王切開 遷延分娩 吸引分娩
- その他 不明

45. リハビリについて

家でのリハビリ方法について教わったことがありますか？

- なし
- あり

理学・作業療法士によるリハビリを受けていますか？

- なし
- あり:頻度 週()回程度

言語聴覚士によるリハビリ(嚥下、発声、高次脳機能訓練など)を受けていますか？

- なし
- あり:頻度 週()回程度

46. 過去2年間で、下記の理由による予定外の入院はありましたか？

該当する理由による入院がなければ「0」を記載してください。
同じ理由の入院が複数回あった場合は全ての入院日数の合計を記載ください。

- 急性呼吸器疾患(肺炎・気管支炎など)で……………()日
- 心疾患(不整脈・心不全など)で……………()日
- 骨折、外傷などで……………()日
- 胆石・胆嚢炎で……………()日
- 尿路感染(膀胱炎など)で……………()日
- 下痢・腸炎などで……………()日
- イレウス・便秘で……………()日
- その他〔……………〕で……………()日

47. あなたの担当医(専門医)はあなたの困っていることをどのくらい理解してくれていると思いますか？

- とても理解している
- かなり理解している
- あまり理解していない
- 全く理解していない

48. あなたが受けている治療にどのくらい満足していますか？

- 大変満足している
- かなり満足している
- あまり満足していない
- 全く満足していない

**49. このアンケートの中で、あなたが受けている治療で見落とされているところがありましたか？
何かご意見や、あなたが受けているケアを振り返って
感じる事があれば自由に記載ください。**

記入欄

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。