

**Q8** あなたが今までに使用した【先発医薬品(新薬)】と比較して【ジェネリック医薬品】の効き目はどうでしたか。  
あてはまるもの1つお選びください。

【必須入力】

- 1. 満足している
- 2. どちらかといろと満足している
- 3. どちらかといろと不満である
- 4. 不満である
- 5. 薬によって違う
- 6. どちらともいえない
- 7. その他(具体的に )
- 8. わからない/忘れた

**Q9** あなたが【ジェネリック医薬品】を処方してもらった際に、薬局や医療機関の窓口で支払ったお薬代はどうか。  
あてはまるもの1つお選びください。

【必須入力】

- 1. とても安くなった
- 2. 安くなった
- 3. それほど変わらなかった
- 4. その他(具体的に )
- 5. わからない/忘れた

**Q10** この1年間で、【ジェネリック医薬品】を使用したものの、  
【先発医薬品(新薬)】にもどした経験はありますか。

【必須入力】

- 1. ある
- 2. ない
- 3. わからない/忘れた

**Q11** 【ジェネリック医薬品】の使用をやめた理由はなんですか。  
あてはまるものすべてお選びください。

【必須入力】

- 1. 効き目がなかったから
- 2. 使用感(飲みやすさ等)がよくなかったから
- 3. 副作用が出たから
- 4. 薬代が思ったよりも安くならなかったから
- 5. 薬局でジェネリック医薬品がすぐに入手できなかったから
- 6. ジェネリック医薬品の正確な情報がなく、不安になったから
- 7. 医師からの処方がジェネリック医薬品のない薬に変更になったから
- 8. 医師の判断で先発医薬品(新薬)に戻されたから
- 9. 医師にジェネリック医薬品に変更したことを伝えるのが面倒だったから
- 10. その他(具体的に )
- 11. 特になし

**Q12** あなたは【ジェネリック医薬品】にどのようなイメージを持っていますか。  
それぞれあてはまるもの1つをお選びください。  
【必須入力】

	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまりそう思う	4 そう思う	5 わからない
1. 一般に広く使用されている	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 先発医薬品(新薬)とほぼ同じ成分の薬である	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 先発医薬品(新薬)とほぼ同じ効き目がある	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 先発医薬品(新薬)よりも価格が安い	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 薬の色、剤型(薬の型)、味、臭いなども先発品と同じである	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 医師に相談して先発医薬品(新薬)からジェネリック医薬品へ変更することができる	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 処方せんに「すべて変更不可」と記載がない場合、薬局で先発医薬品(新薬)からジェネリック医薬品へ変更することができる	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q13** あなたは今後、積極的に【ジェネリック医薬品】を使ってみたいと思いますか。  
あてはまるもの1つをお選びください。  
【必須入力】

- 1. 積極的に使ってみたい
- 2. できれば使ってみたい
- 3. あまり使いたくない
- 4. 絶対に使いたくない
- 5. わからない

**Q14** あなたは次の1)~10)のようなそれぞれの条件の場合、【ジェネリック医薬品】を使ってみたいと思いますか。  
それぞれあてはまるもの1つをお選びください。  
【必須入力】

	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまりそう思う	4 そう思う	5 わからない
1. 医師からのすすめと十分な説明があれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 医師がジェネリック医薬品処方の希望をきいてくれれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 薬剤師からのすすめと十分な説明があれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 先発医薬品(新薬)と同じの効き目があれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 先発医薬品(新薬)より価格が安ければ使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 信頼できるジェネリック医薬品メーカーが製造していれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 大学病院や国立病院などの大きな病院で使われていければ使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 薬の色、剤型(薬の型)、味、臭いなどが先発医薬品(新薬)と同じであれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ジェネリック医薬品の詳しい情報が簡単に入手できれば使ってみたい	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. どのような条件があってもジェネリック医薬品を使いたくない	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>