

がん対策の推進に関するご意見募集

がん対策の推進に関するご意見募集に対し、ご協力いただきありがとうございます。以下の要領に沿って、ご意見を提出いただきますようお願いします。

1. ご意見について

① テーマ

以下のいずれか一つを選び、○をつけて下さい。複数のテーマについてご意見がある場合には、それぞれのテーマごとにご意見を提出下さい。

- | | |
|----|-----------------------|
| 1 | がんの予防について |
| 2 | がんの早期発見について（がん検診など） |
| 3 | がんに関する専門的医療従事者の育成について |
| 4 | がん医療に関わる医療機関について |
| 5 | がんに関する情報の提供体制について |
| 6 | がんに関する相談及び支援について |
| 7 | 手術療法について |
| 8 | 抗がん剤療法について |
| 9 | 放射線療法について |
| 10 | 緩和医療について |
| 11 | その他がんの治療法について |
| 12 | がん登録について |
| 13 | がんに関する研究について |
| 14 | その他（1～13に当てはまらない場合） |

② ご意見の表題

ご意見に表題をつけて下さい。

--

例) がん医療を行う病院がどこにあるのか情報提供して欲しい。

③ ご意見の内容

ご意見を、A4 1枚（1200字程度）に、簡潔に記入下さい。（次ページをお使いいただいても、別の紙を提出いただいても結構です。）

がん対策に関するご意見募集ですので、特定の個人・医療機関・団体等に対する個別のご意見はお控え下さい。

なお、いただいた主要なご意見は、「がん対策の推進に関する意見交換会」（厚生労働省健康局長参集）への提出や、厚生労働省のホームページでの公表を予定しております。

【意見提出様式】

がん対策の推進に関するご意見

2. ご自身の属性について

ご自身について、以下の項目の記載をお願いします。

① 年齢： _____ 下記より該当する番号をご記入下さい。

- | | | | |
|----------|--------|----------|--------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 | 4. 40代 |
| 5. 50代 | 6. 60代 | 7. 70歳以上 | |

② 性別： _____ 下記より該当する番号をご記入下さい。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

③ がんとの関わり： _____ (3に該当する方のみ→ご職業： _____)

下記より該当する番号をご記入下さい。

複数に該当する場合は複数の番号をご記入下さい。

- | |
|--------------------------|
| 1. ご自身ががん患者である、又はあった。 |
| 2. ご家族にがん患者の方がいる、又はいた。 |
| 3. ご自身ががん医療に従事している、又はいた。 |

※ 3に該当する方は、ご職業を教えてください。

下記より該当する記号をご記入下さい。

- | |
|-------------------------|
| ア. 医師・歯科医師 |
| イ. 看護師・准看護師・保健師 |
| ウ. 薬剤師 |
| エ. 放射線技師 |
| オ. メディカルソーシャルワーカー |
| カ. その他医療従事者 (医療機関経営含む。) |

- | |
|------------------------|
| 4. その他 (1～3に当てはまらない場合) |
|------------------------|

④ 連絡先

いただいたご意見について問い合わせを行うことがございますので、連絡先をご記入下さい。ご記入いただいた情報は、厚生労働省健康局総務課がん対策推進室が、いただいたご意見について問い合わせる場合にのみ使用し、それ以外の目的で使用することはありません。ご意見を公表するに際して個人が特定できる情報を掲載することはありません。

氏名 (ふりがな) :

住所 :

電話番号 :