

保健所符号	施設番号
	H-

厚生労働省

平成17年 受療行動調査 外来患者票 (平成17年10月)

この調査は、今後の医療のあり方を検討するために行うものです。病気やけが、妊娠の管理、健康診断等で、今日来院され「患者さんご本人」に記入をお願いします。お子さんの場合や、病状により記入が困難な方は、家族の方と協力して回答してください。お答えは、あてはまる番号に○をつけてください。

ご記入後は、調査票のみ回収用封筒に入れて密封の上、病院に設置された回収箱または郵便ポストに投函してください（切手不要）。

なお、調査票の入った回収用封筒は厚生労働省においてのみ開封され、統計目的以外には使用いたしませんので、率直なご意見をお聞かせください。

調査票の記入者はどなたですか。

- 1 患者さんご本人
- 2 家族の方

患者さんご本人の性別を選んでください。

- 1 男
- 2 女

患者さんご本人の生年月日を記入してください。元号を選択し、年月日を記入してください。

- 1 明治
 - 2 大正
 - 3 昭和
 - 4 平成
- □ □ □ 年 □ □ □ 月 □ □ □ 日生

注：生年月日については、集計のみに使用し、個人を特定するものではありません。

※以下の問を家族の方が記入する場合は、患者さんご本人のお考えを回答してください。

問1 この病院を選んだ理由は何ですか。選んだ理由がある場合は、次の1～8であてはまる番号すべてに○をつけてください。選んだ理由がない場合は9に○をしてください。

- 1 かかりつけ医だから
- 2 医師に紹介されたから
- 3 専門性が高いから
- 4 家族・友人・知人から勧められたから
- 5 交通の便がよいから
- 6 広告、刊行物、番組、インターネットで紹介されていたから
- 7 保健所などの行政機関からの情報
- 8 その他
- 9 特にない

裏面（次のページ）にも記入してください

問2 この病院を選ぶにあたり、どのような情報をほしいと思われましたか。また、実際に入手できた情報はどれでしたか。次の「ほしいと思った」欄と「入手できた」欄のそれぞれ1～8であてはまる番号すべてに○をつけてください。特にない場合は9に○をつけてください。

なお、「入手できた」欄には、ほしいと思ったか思わなかったかにかかわらず、実際に入手できたものに○をつけてください。

内 容	ほしいと思 った	入 手 できた
(1) 予約制の有無	1	1
(2) 夜間・休日診療、往診・在宅医療の実施の有無	2	2
(3) 連携先の医療機関の名称	3	3
(4) 第三者機関による医療機関の評価	4	4
(5) 医師の専門分野・経歴	5	5
(6) 治療方法、治療実績（手術・分娩件数など）	6	6
(7) 安全（医療事故防止など）のための取り組み	7	7
(8) その他の情報	8	8
(9) 特にない	9	9

問3 今日は、受診時間を予約してきましたか。次の1～2であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。

- 1 予約した
- 2 予約していない

問4 今日の診察までの待ち時間（予約した場合は予約した時刻からの待ち時間）はどれくらいでしたか。次の1～7であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。検査などで医師に診てもらっていない場合は「8 その他」に○をつけてください。

- 1 15分未満
- 2 15分～30分未満
- 3 30分～1時間未満
- 4 1時間～1時間30分未満
- 5 1時間30分～2時間未満
- 6 2時間～3時間未満
- 7 3時間以上
- 8 その他

問5 今日の診察時間（診察室で医師に診てもらった時間）はどれくらいでしたか。次の1～5であてはまる番号を一つ選んで○をつけてください。検査などで医師に診てもらっていない場合は「6 その他」に○をつけてください。

- 1 3分未満
- 2 3分～10分未満
- 3 10分～20分未満
- 4 20分～30分未満
- 5 30分以上
- 6 その他

次のページにも記入してください

問6 今日診察を受けた病気や症状について、今日までに、医師から患者さんご本人に対して診療に関する情報の説明がありましたか。次の1～4ではまる番号すべてに○をつけてください。説明がなかった場合は5に○をつけてください。

・説明があった
(説明があったとき)

1	口頭による説明があった
2	説明文書もらった
3	診療記録(カルテ、レントゲンなど)を見せてくれた
4	その他

5 説明はなかった → 5に○をつけた方は問8へ進んでください。

問7 問6で1～4に○をつけた方のみお答えください。
今日診察を受けた病気や症状について、今日までに、この病院で医師から受けた説明に対してお聞きします。下の(1)～(5)の説明について、それぞれ右側の欄内の1～5ではまる番号一つを選んで○をつけてください。

内 容	1 よくわかった	2 大体わかった	3 よくわからなかった	4 ほとんどわからなかった	5 説明は受けなかった
(1) 病名・病状	1	2	3	4	5
(2) 治療の方法・期間	1	2	3	4	5
(3) 病気についての今後の見通し	1	2	3	4	5
(4) 薬の効能・副作用	1	2	3	4	5
(5) その他(食事指導・運動指導など)	1	2	3	4	5

問8 今日診察を受けた病気や症状に対する担当の医師から提示された治療方針を踏まえて、治療方針の決定は主に誰の意向によるものですか。次の1～5ではまる番号一つを選んで○をつけてください。

1	患者さんご本人
2	担当の医師(主治医)
3	家族・親族・友人
4	治療方針は決まっていない
5	その他

問9 今日までに、この病院において、医療に関する安全について不安になったことがありましたか。次の1～4ではまる番号すべてに○をつけてください。不安になることはなかった場合は5に、わからない場合は6に○をつけてください。

1	病院の設備や衛生環境で不安になった
2	医師や看護師などの対応で不安になった
3	検査や治療行為で不安になった
4	その他のことで不安になった
5	不安になることはなかった
6	わからない

裏面(次のページ)にも記入してください

問10 下の問(1)～(7)についてすべてお答えください。この病院における受診について、患者さんご本人の感想を右側の欄内の1～5の番号から一つ選んで○をつけてください。わからない場合またはまらない場合は6に○をつけてください。

内 容	1 非常に満足している	2 やや満足している	3 ふつう	4 やや不満である	5 非常に不満である	6 その他
(1) 待ち時間についてどう思いますか	1	2	3	4	5	6
(2) 受けている診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(3) 医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(4) 医師に診てもらっている時間に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(5) 診察時のプライバシー(秘密)保護への対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(6) 全体としてこの病院には満足していますか	1	2	3	4	5	6

	1 非常に負担が小さい	2 やや負担が小さい	3 ふつう	4 やや負担が大きい	5 非常に負担が大きい	6 その他
(7) 診療・治療に要した費用については負担になりますか	1	2	3	4	5	6

回収用封筒に入れて密封の上、回収箱または、郵便ポストにそのまま投函してください。ご協力ありがとうございました。