



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

入院患者票

(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、**入院されているご本人**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、調査員にお渡しいただくか、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いましたが、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」と「入手できた」欄のそれぞれ1～7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8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) 療養環境(病室の広さなど)	1	1
(2) 第三者機関による医療機関の評価	2	2
(3) 医師の専門分野・経歴	3	3
(4) 入院に必要な経費	4	4
(5) 治療方法、治療実績(手術・分娩件数など)	5	5
(6) 安全(医療事故防止など)のための取り組み	6	6
(7) その他の情報	7	7
(8) 特にない	8	8

問3 今回の入院の原因となっている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であて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5**へ進んでください。

問4 問3で1～4に○をつけた方のみお答えください。

今回の入院の原因となっている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であて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

次のページにも記入してください

問5 今回の入院の原因となっている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であてはまる番号を一つ選んで○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6 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であて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

問7 今後の治療・療養はどうしたいと思いますか。次の1～7であてはまる番号一つに○をつけてください。

- 1 完治するまでこの病院に入院していたい
- 2 より高度な医療を受けられる病院に転院したい
- 3 他の病院や診療所に転院したい
- 4 介護を受けられる施設（介護施設、福祉施設）に入所したい
- 5 在宅療養したい（医師や看護師等の定期的な訪問を受けて、自宅で治療・療養）
- 6 病院や診療所に通院しながら、治療・療養をしたい
- 7 その他

問8 今後、退院の許可がでた場合、あなたは在宅療養ができますか。該当するものを一つ選んで○をつけてください。

- 1 在宅療養できる
- 2 在宅療養できない
- 3 療養の必要がない
- 4 わからない

補問8-1 問8で2に○をつけた方のみお答えください。

どの条件が整えば、あなたは在宅で療養することができますか。次の1～8であてはまる番号すべてに○をつけてください。わからない場合は9に○をつけてください。

- 1 療養のための部屋、手すりの設置、段差をなくすなどの改築など
- 2 家族の協力
- 3 通院手段の確保
- 4 在宅療養のための指導
- 5 入浴や食事などの介護が受けられるサービス
- 6 医師や看護師の定期的な訪問
- 7 緊急時の病院や診療所への連絡体制
- 8 その他
- 9 わからない

裏面（次のページ）にも記入してください

問9 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。わからない場合やあてはまらない場合は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) 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
(2) 医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(3) 看護師などによる看護・介助などに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(4) 病室でのプライバシー（秘密）保護への対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(5) 病室・浴室・トイレなどに満足していますか	1	2	3	4	5	6
(6) 食事の内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
(7) 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

回収用封筒に入れて密封の上、調査員にお渡しいただくか、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。