

今回、あなたに参加していただきたい臨床研究 J-DOIT2 についてご説明致します。J-DOIT2 は厚生労働省が支援する研究で、「かかりつけ医による 2 型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関する研究」というのが正式な名称です。

以下に記載されている内容をよく読んで、参加されるかどうかをご検討ください。

研究の背景と目的

平成 18 年に行われた国民健康・栄養調査の結果によると、糖尿病が強く疑われる人の数は 820 万人と推定され、平成 14 年の同様の調査と比較して実に 80 万人もの増加を認めていました。糖尿病は我が国の国民病であると言っても過言ではありません。糖尿病患者さんにとって大切なのは、適切な医療を受け、将来の合併症を予防することですが、そのためには糖尿病診療機能を強化することが大切であると考えられます。本研究では、糖尿病診療機能を強化するための支援の有効性を検討することを目的としています。

研究の内容について

J-DOIT2 研究は、糖尿病の合併症を予防するために、糖尿病患者さんが受けている治療内容により良いものにしたたり、患者さんが定期的な受診を継続する方法を検討するための研究です。全国の 15 の医師会が参加して研究が実施されることになっています。

研究では、医師会の医療施設を 2 つのグループに分け、片方のグループの医療施設ではこれまで通りの診療を行い、もう片方のグループの医療施設では診療支援を受けてもらいます。

診療支援は、かかりつけ医に行うものと、患者さんに行うものがあります。

- ・かかりつけ医には、診療に役立ててもらうための情報提供を行います。
- ・患者さんには、生活習慣に関する指導と、受診時期に関する連絡を行います。

これらの診療支援が、診療の内容を向上させる効果や、受診を継続させる効果を調査します。

参加してくださった患者さんには、以下のことをお願いしています。

- ① 研究の前後に 30 分ほどのアンケート調査に協力してもらう。
- ② カルテの診療情報を、研究に使用することを許可してもらう。
- ③ 診療支援を受けてもらう。

患者さんに対する診療支援は、J-DOIT2 研究のために設置した診療支援センターが実施します。診療支援センターは、本研究の運営委員会により厳正な手続きを踏んで選ばれた団体が運営しています。

診療支援センターは、主に電話、手紙による生活指導（栄養指導、運動指導）や、受診促進支援サービス（受診予定日前や未受診時の通知サービス）を提供します。診療支援センターは、署名の際にご記入いただいた電話番号や住所にご連絡いたします。ご記入がない場合は、カルテに記載されている連絡先にご連絡いたします。

また、診療支援グループでは、ご希望により、体重体組成計と歩数計を提供しています。これらの健康機器の提供を受けた場合は、毎週1回以上の頻度で測定データの送信作業を行っていただきます。1回の送信に要する時間は、およそ2～3分程度です。

！ 研究期間について

2009年2月～2010年10月までです。

！ プライバシーの保護について

アンケートやカルテから集められた情報は、J-DOIT2研究のためだけに使用され、研究の解析では個人情報を除いたデータが用いられます。

診療支援センターでは、生活指導と受診促進支援サービスを提供するために必要な個人情報を取り扱います。個人情報は、セキュリティーの高い場所で厳重に管理されます。全ての個人情報は本研究の終了時に破棄されます。

アンケートに記載していただいた情報は、診療支援センターに送られます。

診療支援に必要な情報は、かかりつけ医と専門の調査員が当院の施設内でカルテを見て取りまとめ、個人情報を除いた後でJ-DOIT2研究のデータセンターに送ります。

匿名化された情報はデータセンターに集められ、研究終了まで適切に管理されます。

！ 研究の監督組織

厚生科学審議会科学技術部会が本研究の実施団体として選定した「財団法人国際協力医学研究振興財団」では、外部の有識者（医学分野の専門家や臨床試験の専門家）を指名し、中央倫理委員会を設置しています。本試験の計画書を審議し、安全性に問題はないか、倫理的に問題はないかなどを検討したうえで研究開始の承認をしています。その他、研究期間中にも進行状況や経過についての検討を行っています。

なお、この研究は、厚生労働省が定める「臨床研究に関する倫理指針」（平成15年7月30日施行、平成20年7月31日全部改正）に従って行われます。

参加についての利益と不利益

研究への参加は患者さんのご意思で決めていただけます。参加したくないと思う場合でも、そのことにより不利益をこうむることは全くありません。かかりつけ医に今までどおり通院し、これまでと同じ医療サービスを受けることができます。

研究への参加に同意された方については、診療支援の有無に関わらず、個人情報を除くカルテの内容を研究のために使わせていただきます。

研究に参加された患者さんは、通院先のかかりつけ医が診療支援グループに入った場合のみ、診療支援を受けることができます。従って、診療支援を受けるのは、研究に参加したかかりつけ医および患者さんの約半数ですが、先に行われたパイロット研究では、研究開始時と比較して研究終了後の医療内容が研究に参加した両方の群で改善したことが示されており、診療支援を受けないグループに入ったとしてもこの点において利益を受けることができると考えられます。

一度研究への参加に同意し実際に参加した場合でも、研究期間の途中で研究への参加の同意を取りやめることもできます。診療支援のグループに入った患者さんで、診療支援を受けることについての同意を撤回された場合でも、研究参加そのものへの同意を撤回されない場合には、個人情報を除く患者さんの情報を、研究の集計の際に利用させていただきます。

詳細な内容が知りたい場合

かかりつけ医に詳しい内容をお尋ね下さい。また、現在通院されている地区の医師会には、本研究についての資料を準備しています。さらに詳しい内容、ご質問等ございましたらお手数ですが、医師会の研究担当者へお問い合わせください。

研究参加への同意について

この文書の最後のページに署名して郵送で返送していただいたことをもって、研究への参加にご同意いただいたものとさせていただきます。

(データ送信機提出用)

今回の研究の内容をご理解いただき、ご参加いただける場合には 下記アンケートにご回答ください。「同意します」あるいは「同意しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけて、署名をしてください。

研究の内容を理解し、参加に同意します。 同意します 同意しません。

平成 年 月 日

郵便番号：〒

住所：

署名：

診療支援グループに入っている患者さんへ

- 診療支援を行うための電話連絡先を下にご記入ください。
ご記入がない場合は、カルテに記載された電話番号に、平日の昼中の時間帯にご連絡させていただきます。

電話番号：

電話連絡の希望時間帯： 午前・午後 時 ～ 午前・午後 時

- 健康機器の送付について、ご希望を確認致します。
「希望します」あるいは「希望しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけてください。

体重体組成計と歩数計の提供を希望します。
提供を受けた場合、研究期間中の毎週1回程度のデータ送信に協力します。

希望します。 希望しません。

上記の内容を理解し、健康機器の提供を希望します。

- 診療支援の資料と健康機器（健康機器は提供を希望された場合のみ）の送付について、上記住所と異なる場所への送付を希望される場合は、送付先を下にご記入ください。

診療支援の資料と健康機器は、次の宛先に送付してください。

郵便番号：〒

住所：

(被験者控え)

今回の研究の内容をご理解いただき、ご参加いただける場合には 下記アンケートにご回答ください。「同意します」あるいは「同意しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけて、署名をしてください。

研究の内容を理解し、参加に同意します。 同意します 同意しません。

平成 年 月 日
郵便番号：〒
住所：

署名：

診療支援グループに入っている患者さんへ

■診療支援を行うための電話連絡先を下にご記入ください。

ご記入がない場合は、カルテに記載された電話番号に、平日の日中の時間帯にご連絡させていただきます。

電話番号：

電話連絡の希望時間帯： 午前・午後 時 ~ 午前・午後 時

■健康機器の送付について、ご希望を確認致します。

「希望します」あるいは「希望しません」の下のチェックボックス(□)のいずれかにレ印をつけてください。

体重体組成計と歩数計の提供を希望します。

提供を受けた場合、研究期間中の毎週1回程度のデータ送信に協力します。

上記の内容を理解し、健康機器の提供を希望します。 希望します。 希望しません。

■診療支援の資料と健康機器（健康機器は提供を希望された場合のみ）の送付について、上記住所と異なる場所への送付を希望される場合は、送付先を下にご記入ください。

診療支援の資料と健康機器は、次の宛先に送付してください。

郵便番号：〒

住所：

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

J-DOIT 2

健康状態についてのアンケート

- このアンケートは皆様の健康状態について調査するものです。
- アンケート以外にも、患者さんの健康状態を把握するためにカルテを参照させていただくことがあります。
- 本調査は厚生労働省が支援する「かかりつけ医による2型糖尿病を支援するシステムの有効性に関する研究」の一環として行われています。
- この研究の目的は、糖尿病診療機能を向上させるための支援の有効性を検討することです。
- 質問の意味がよく分からない場合には、後で医師に質問してください。
- アンケートの記入が終わりましたら一緒にお渡しする封筒に入れ、封をして投函してください。
- アンケートにお答えいただいている途中、もしくは回答後に協力をお断りいただいても、今後の治療に一切不利益を受けることはありませんので、ご安心ください。
- 個人情報はご本人の許可なく院外に持ち出すことはありませんので、プライバシーは保護されます。
- アンケートの結果や参照させていただいたカルテの内容は、個人情報を除いた後、本研究のために設置されたデータセンターに送付・保管されて、統計的な解析が行われます。

■ ご記入上の注意点

- ◆ 数字を記入していただく箇所もありますが、あらかじめ用意された回答の中からお選びいただく形式もあります。あらかじめ用意された回答の中から選ぶ場合には、一つだけ最も当てはまるものを選んで○をつけてください。質問文の指示をよくお読みになって指示通りにお答えください。
- ◆ また、お答えいただくときに、どちらか迷われた場合でも、必ずいずれかを選んでご記入ください。

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

質問1 現在のかかりつけ医を最初に受診した時期はどのくらいですか？

____年 ____ヶ月前 または ____歳頃

質問2 これまで、糖尿病についての教育を受けるために入院したことはありますか？

入院したことがある場合には、その回数と最近の入院時期を記載してください。

1. ある → ____回 最も新しい入院時期は ____年 ____ヶ月前 または ____歳頃
2. 無い

質問3 眼科への受診もしくは眼底カメラでの検査を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

____ヶ月前

(眼科受診を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問4 現在のかかりつけ医から足の診察を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

____ヶ月前

(足の診察を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問5 栄養指導を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

____ヶ月前

(栄養指導には、医師や看護師、栄養士からの指導を全て含みます。栄養指導を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問6 運動についての指導を最後に受けたのは何ヶ月前ですか？

____ヶ月前

(運動についての指導を受けたことが無い場合には、×印を記入してください)

質問7 もっとも最近測定した身長は何cmですか？

____cm

質問8 喫煙の状況をお答え下さい。現在喫煙中の方は1日あたりの本数もお答え下さい。

- ① タバコを吸ったことは無い (→質問9をとばして質問10へ)
- ② 以前はタバコを吸っていたが、1年以上前に禁煙して現在は吸っていない (→質問9をとばして質問10へ)
- ③ 以前はタバコを吸っていたが、最近1年以内に禁煙して現在は吸っていない (→質問9へ)
- ④ 現在喫煙中である 1日の本数は ____本 (→質問9へ)

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

質問9 質問8で「③ 以前はタバコを吸っていたが、最近1年以内に禁煙して現在は吸っていない」もしくは「④ 現在喫煙中である」と回答した方のみご回答下さい。この1年間でかかりつけ医から禁煙をすすめられたことはありますか？

- ① はい
- ② いいえ

質問10 受診の中断についておたずねします。中断とは、受診予定日を2ヶ月以上過ぎても受診しなかった場合を意味します。これまでに受診を中断したことがありますか？「中断したことがある」を選択した場合には、これまでの中断の理由について、あてはまる全ての項目の数字にも〇をつけてください。

- ① 受診を中断したことはない（→質問11へ）
- ② 受診を中断したことがある（→以下の選択肢のうち、あてはまる全ての項目の数値に〇をつけたのちに、質問11へ進んでください。複数回答可）

- 1 仕事(学業)のため、忙しいから
- 2 家庭の事情のために、忙しいから
- 3 上記以外の理由のために、忙しいから
- 4 自宅から距離が遠いから
- 5 医療費が経済的に負担であるから
- 6 医療の内容が満足できないから
- 7 転居したから
- 8 別の病院で診てもらうようになったから
- 9 体調が良いから
- 10 今通院しなくても大丈夫と思うから
- 11 糖尿病を治療する必要性を感じないから
- 12 かかりつけ医に次の受診を指示されなかったから
- 13 かかりつけ医に受診しなくてもよいと言われたから
- 14 かかりつけ医の先生と合わなかったから
- 15 特に理由はないが、何となく行かなかった
- 16 上記以外の理由

()

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 精神面について(CES-D)

過去1週間の間に、次のようなことを感じた日がどのくらいありましたか？

(それぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	ほとんどない (1日未満)	たまに (1～2日)	ときどき (3～4日)	ほとんどいつも (5～7日)
質問11 憂うつだ	1	2	3	4
質問12 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
質問13 なかなか眠れない	1	2	3	4
質問14 生活について不満なくすごせる	1	2	3	4
質問15 一人ぼっちで寂しい	1	2	3	4
質問16 皆がよそよそしいと思う	1	2	3	4
質問17 毎日が楽しい	1	2	3	4
質問18 悲しいと感じる	1	2	3	4
質問19 皆が自分を嫌っていると感じる	1	2	3	4
質問20 仕事が手につかない	1	2	3	4

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 食事療法について (Prochascaら、改変)

質問21 あなたは、食事指導をどの程度守っていますか？一番よくあてはまる番号に○をつけてください。

1. 食事療法を守る必要はないと思うので、すすめられたカロリーを守っていない
2. 食事療法を行う必要性はわかったが、実際にはすすめられたカロリーを守っていない
3. 自分なりに努力はするが、すすめられたカロリーは守れないと思う
4. すすめられたカロリーを始めてまだ6ヶ月以内であるが、このまま守り続けていく
5. すすめられたカロリーを始めてもう6ヶ月以上たつが、このまま守り続けていく

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ PAID質問表

答え方: あなた自身の考えでは、以下に示すような糖尿病に関連することながら、あなたにとってどのくらい問題になっていますか? それぞれの質問項目について、最も当てはまる答の番号に○をつけてください。例えば、ある質問項目があなたにとって、心配でもなく、あてはまらず、問題になっていなければ“1”に○をつけてください。もし、そのことでたいへん悩んでおられれば、“5”に○をつけてください。それぞれの質問について、1から5の5段階の中から番号で選んでください。

	1	2	3	4	5
質問22 自分の糖尿病の治療法(食事療法、運動療法、飲み薬、インスリン注射、自己血糖測定など)について、はっきりとした具体的な目標がない。	1	2	3	4	5
質問23 自分の糖尿病治療法がいやになる。	1	2	3	4	5
質問24 糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとこわくなる。	1	2	3	4	5
質問25 糖尿病の治療に関連して、周りの人たちから不愉快な思いをさせられる(例えば、他人があなたに何を食べるのか指示するなど)。	1	2	3	4	5
質問26 食べ物や食事の楽しみを奪われたと感じる。	1	2	3	4	5
質問27 糖尿病を持ちながら生きていくことを考えるとゆううつになる。	1	2	3	4	5
質問28 自分の気分や感情が糖尿病と関係しているかどうかわからない。	1	2	3	4	5
質問29 糖尿病に打ちのめされたように感じる。	1	2	3	4	5
質問30 低血糖が心配である。	1	2	3	4	5
質問31 糖尿病を持ちながら生きていくことを考えると腹が立つ。	1	2	3	4	5
質問32 常に食べ物や食事が気になる。	1	2	3	4	5

私にとってそれは
まったく問題ではない

私はそのことで
たいへん悩んでいる

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

私にとつてそれは
まったく問題ではない

私はそのことで
たいへん悩んでいる

質問33	将来のことや重い合併症になるかもしれないことが心配である。	1	2	3	4	5
質問34	糖尿病を管理していくことから脱線したとき、罪悪感や不安を感じる。	1	2	3	4	5
質問35	自分が糖尿病であることを受け入れていない。	1	2	3	4	5
質問36	糖尿病を見てもらっている医者に対して不満がある。	1	2	3	4	5
質問37	糖尿病のために、毎日多くの精神的エネルギーや肉体的エネルギーが奪われていると思う。	1	2	3	4	5
質問38	糖尿病のせいでひとりぼっちだと思う。	1	2	3	4	5
質問39	自分が糖尿病管理のために努力していることに対して、友人や家族は協力的でないと感じる。	1	2	3	4	5
質問40	自分が今もっている糖尿病の合併症に対処していくことが難しいと感じる。	1	2	3	4	5
質問41	糖尿病を管理するために努力し続けて、疲れ、燃え尽きてしまった。	1	2	3	4	5

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 運動療法について (IPAQ)

回答にあたっては、以下の点にご注意下さい。

- ◆ 強い身体活動とは、身体的にきついと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。
- ◆ 中等度の身体活動とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。

以下の質問では、1回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答え下さい。

質問42a 平均的な1週間では、強い身体活動(重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど)を行う日は何日ありますか？

- ① 週___日 (→質問42bへ)
- ② ない (→質問42bをとばして質問43aへ)

質問42b 強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？
1日___時間___分

質問43a 平均的な1週間では、中等度の身体活動(軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフ)を行う日は何日ありますか？歩行やウォーキングを含めないでお答え下さい。

- ① 週___日 (→質問43bへ)
- ② ない (→質問43bをとばして質問44aへ)

質問43b 中等度の身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？
1日___時間___分

質問44a 平均的な1週間では、10分以上続けて歩くことは何日ありますか？ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所から場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、全てを含みます。

- ① 週___日 (→質問44bへ)
- ② ない (→質問44b、44cをとばして質問45aへ)

質問44b そのような日には、通常1日合計してどのくらい歩きますか？
1日___時間___分

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

質問44c 通常どのくらいの早さで歩きますか？

1. かなり呼吸が乱れるような早さ
2. すこし息がはずむような早さ
3. ゆったりした早さ

質問45a 毎日座ったり寝ころんだりして過ごしている時間(工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など)についておたずねします。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝ころんでテレビを見たり、といった全ての時間を含みます。なお、睡眠時間は含めないでください。

平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝ころんだりして過ごしますか？

1日 ___ 時間 ___ 分

質問45b 休日には、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝ころんだりして過ごしますか？

1日 ___ 時間 ___ 分

質問46 あなたは、運動についての指導をどの程度守っていますか？一番よくあてはまる番号に○をつけてください。(Prochascaら、改変)

1. 運動療法を行う必要はないと思うので、すすめられた運動を行っていない
2. 運動療法を行う必要性はわかったが、実際にはすすめられた運動を行っていない
3. 自分なりに努力はするが、すすめられた運動は守れないと思う
4. すすめられた運動を始めてまだ6ヶ月以内であるが、このまま守り続けていく
5. すすめられた運動を始めてもう6ヶ月以上たつが、このまま守り続けていく

通院先のかかりつけの先生やスタッフがこのアンケートの個人の結果を閲覧することはありません。

■ 仕事について

質問47 現在、お仕事の状況について、最も当てはまるものに○をつけてください。常勤、パートタイム、自営業の場合には、平均的な1週間の労働時間も記載してください。

- ① 常勤
- ② パートタイム
- ③ 専業主婦(主夫)
- ④ 定年退職
- ⑤ 定職に就いたことがない
- ⑥ 障害のため無職
- ⑦ 自営業
- ⑧ 無職

平均的な1週間の労働時間
_____ 時間

以上、ご協力いただきありがとうございました。
同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

同封されている他のアンケートと異なり、この調査は今後の診療の資料とするために行われます。この調査の結果は回収後、あなたが現在通院しているかかりつけ医に伝えられることがあります。

受診についての調査

この調査用票では、受診についておたずねします。数値を選択する設問については以下の質問の最も当てはまる数値に○をつけてください。○が二つ以上の数値にかからないように注意してください。数値を記載する設問については、具体的な数値を記載してください。

選択式の設問の良い回答例(3を選んだことが明らかにわかる)

0 1 2 3 4 5

選択式の設問の悪い回答例(3を選んだか4を選んだかがはっきりしない)

0 1 2 3 4 5

質問 1 これまでに、糖尿病に関して通院を中断されたことが何回ありますか？
中断とは、受診予定日を2ヶ月以上過ぎても受診しなかった場合を意味します。

1. 0回 2. 1回 3. 2回以上

質問 2 質問1で回答した中断について、1回あたりの中断期間は平均すると何ヶ月ですか？
具体的な期間をお答えください。例えば、1年半の場合は、18ヶ月と教えてください。

_____ヶ月

質問 3 受診することにストレスを感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 4 受診することに怒りを感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 5 受診することにつらさを感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 6 受診しても病気の状態が良くなれないと感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

質問 7 受診日に体調が悪いと感じることはありますか？

感じたことは無い 0 1 2 3 4 5 とてもそう感じる

同封されている他のアンケートと異なり、この調査は今後の診療の資料とするために行われます。この調査の結果は回収後、あなたが現在通院しているかかりつけ医に伝えられることがあります。

質問 8 受診しないほうが気分が良いと思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問 9 受診しないほうが体調が良いと思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問10 受診しなくても大丈夫と思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問11 なんとなく受診する必要はないと思った時がありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問12 受診予定日に天気が悪かったために受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問13 受診予定日に仕事などの用事が重なって受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問14 経済的な負担のために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問15 家人や知人とのもめ事のために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問16 家人や知人から受診しなくても良いと言われたために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問17 同じ糖尿病を持つ他の人から、受診しなくても調子がよいと言われたために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

質問18 家人や知人と楽しく過ごす時間を確保するために、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

同封されている他のアンケートと異なり、この調査は今後の診療の資料とするために行われます。この調査の結果は回収後、あなたが現在通院しているかかりつけ医に伝えられることがあります。

質問19 家人や知人と楽しく過ごすほうが体調が良いので、受診予定日に受診しなかったことはありますか？

まったく無い 0 1 2 3 4 5 非常にしばしばある

以上、ご協力いただきありがとうございました。

同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

J-DOIT2 診療支援サービス中止申込書

診療支援サービスを希望されない方はいつでも中止することができます。

J-DOIT2 研究への参加後に診療支援サービスの中止を希望される場合、中止するサービスにチェック（）を付け、下欄に所定の事項を記入の上、同封の送付用封筒で J-DOIT2 データセンターにお送りください。

下記の診療支援サービスのうち、チェックボックス（）にレ印をつけたサービスを中止してください。

生活指導（食事指導・運動指導）

受診についての通知サービス

平成 年 月 日

郵便番号：〒

住所：

署名：

Ⅱ-7. 診療支援センターの配布資料

- ・株式会社全国訪問健康指導協会
- ・東京海上日動メディカルサービス株式会社
- ・明治安田システムテクノロジー株式会社