資料４

「がん」等に罹患した際の放射線療法に対する現状調査アンケート

放射線療法の現状を知るために、以下の質問にお答えください。回答はお一人 1 回でお願いいたします。「答えたくない」という項目がございましたら、遠慮なく空白にしてください。

※ 患者さんに代わってご家族が記入される場合はこちらにチェックをお願いいたします。□

1. お住まいの地域（都道府県）：
2. 性別 ： ① 男 ② 女 ③ その他
3. 年代（年齢層でお答えください。例えば、45 歳なら 40 代としてください）

① 10 代以下 ② 20 代 ③ 30 代 ④ 40 代 ⑤ 50 代 ⑥ 60 代 ⑦ 70 代以上

4. あなたは放射線療法を受けたことが有りますか： ① ある ② ない
5. あなたが罹患されたもしくは罹患されている「がん」等の種類をすべて教えてください

（ ）

6. あなたは「がん診療連携拠点病院」とはなにかご存じですか

① 指定要件を含め知っている ② 聞いたことはある ③ いま初めて知った

7. あなたが通院できる地域に、放射線治療ができる医療施設がありますか

① 便利な距離にある ② 遠いが通院できる距離にある ③ 遠すぎて通院できない

8. ７問で「ある」と答えた方にうかがいます

8－1）その施設は信頼できますか ① 信頼できる ② 信頼できない ③ わからない

8－2）信頼性に関する情報はどこから得ましたか

（ ）

9. 放射線治療の効果についてあなたの考えを教えてください。最も近いものを一つだけお選びください

① 機器によって違う ② 医療従事者によって違う ③ どこでも同じ ④ わからない

10. 放射線療法に関するわかりやすい情報源はありますか

① ある（それはどこですか ） ② ない

11, 必要な放射線治療施設が遠距離（日本国内）だとしたら治療に臨むことができますか

① できる ② 回数が少なければ可能 ③ 遠ければできない

12, あなたは放射線療法に対して、どのようなことを期待しますか

（ ）

13. 放射線療法の治療環境等を向上させていたくための課題、ご意見等に関するヒアリングにご協力いただけますでしょうか

① ヒアリングを受けても良い

② ヒアリングは受けたくない

14. ヒアリングにご協力いただける方は以下のいずれかの方法をご記入ください

調査協力者へのメール連絡 **********

調査協力者への住所・氏名返信 **********