

## ゾルゲンスマ使用に関するアンケート調査票

- ・ 本調査は、ゾルゲンスマにおけるカルタヘナ法第一種使用規程への対応ならびにそれに伴う医療スタッフの教育に関しアンケート調査です。
- ・ 回答は各部署と相談の上、ゾルゲンスマを使用する診療科の担当医師1名でお願いします。
- ・ 2021年5月31日（月）までにご回答ください。
- ・ 回答方法は、以下のいずれかでお願いします。
  - (1) アンケート用紙に記入し、返信用封筒で郵送
  - (2) オンラインフォームへの直接回答

URL	<a href="https://forms.office.com/r/6XUDNC1DRQ">https://forms.office.com/r/6XUDNC1DRQ</a>
QR コード	

- ・ 選択式の質問への回答は、該当項目の「○」または「□」に**レ点でチェック**し、記入欄の場合は直接記入してください。
- ・ この調査への参加意思を表明する下記のチェック欄への記載をもって本調査へのご参加に同意頂いたものとみなします。
- ・ 無記名式アンケートであり一旦ご回答頂いた後に参加を取りやめることはできません。
- ・ 本調査の集計結果は、ご協力頂いた施設の先生方を対象に、ご希望に応じてメール連絡します。ご希望の有無はアンケート最後の質問項目に回答してください。

\* 回答必須の項目

1. ご回答頂く、担当医師の先生についてお聞きします。

質問項目	回答欄
調査協力頂ける場合は、 必ずチェックしてください*	<input type="checkbox"/> この調査へ参加することに同意します
回答日*	2021年[ ]月[ ]日
所属施設名*	
診療科*	<input type="checkbox"/> 小児科・小児神経内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
職位* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 部門長または部門責任者 <input type="checkbox"/> 医長 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 上記以外の専門医・指導医 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
神経内科専門医としての経験 年数* (いずれか一つに回答)	<input type="radio"/> 5年未満 <input type="radio"/> 5～9年 <input type="radio"/> 10～14年 <input type="radio"/> 15～19年 <input type="radio"/> 20～24年 <input type="radio"/> 25～29年 <input type="radio"/> 30年以上
これまでのゾルゲンスマ投与 症例数*	[ ]例

ゾルゲンスマ使用の現状と課題についてお聞きします。

- ・実施状況に関する質問は、**回答時点の状況**についてご回答ください。
- ・投与経験がない場合は、**実施計画時の状況**についてご回答ください。

2. ゾルゲンスマを**院内で採用する際の課題**についてお聞きします。

質問項目	回答欄
採用時の課題は何でしたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 安全性・有害事象発現時の対応への懸念 <input type="checkbox"/> 有効性への懸念 <input type="checkbox"/> 科学的根拠の不足 <input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症の診療経験 <input type="checkbox"/> スタッフの人数不足 <input type="checkbox"/> スタッフの知識不足 <input type="checkbox"/> カルタヘナ法に則った遺伝子組換え生物の使用・拡散防止対応のための体制整備 <input type="checkbox"/> 遺伝子治療の専門家の不在 <input type="checkbox"/> 長期フォローアップ対応 <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの実施 <input type="checkbox"/> 高額製品の支払い <input type="checkbox"/> 高額製品の破損に関する懸念 <input type="checkbox"/> 治療実施のために施設が負担する費用 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> なし



質問項目	回答欄				
<p>(3) 実施準備の課題は何でしたか* (複数回答可)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 遺伝子組換え生物等の使用・拡散防止対応に関する情報不足  <input type="checkbox"/> 製品の保管・調製・投与に関する情報不足  <input type="checkbox"/> 専門の部門や委員会が整っていないこと  <input type="checkbox"/> スタッフの人数不足  <input type="checkbox"/> 院内スタッフへの周知  <input type="checkbox"/> スタッフ教育  <input type="checkbox"/> 手順書、マニュアルや説明資料等の施設独自の資料作成  <input type="checkbox"/> 関係部署との連携・調整の手間  <input type="checkbox"/> 合意書の締結などの事務手続き  <input type="checkbox"/> その他 [ ]  <input type="checkbox"/> なし                 </p>				
<p>(4) ゾルゲンスマの採用決定から患者受入れ準備完了までに、どのくらいの期間がかかりましたか* (いずれか一つに回答)</p>	<p> <input type="radio"/> 1ヵ月未満  <input type="radio"/> 1ヵ月以上、2ヵ月未満  <input type="radio"/> 2ヵ月以上、3ヵ月未満  <input type="radio"/> 3ヵ月以上                 </p>				
<p>(5) カルタヘナ法に則ったゾルゲンスマ使用に関して審議できる専門委員会(審査委員会)はありますか* (いずれか一つに回答)</p>	<p> <input type="radio"/> なし (→次の質問(6)へ)  <input type="radio"/> あり (以下の※質問にご回答ください)                 </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">※ 質問</th> <th style="background-color: #d9ead3;">回答欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>ゾルゲンスマ使用に際して、新たに設置しましたか (いずれか一つに回答)</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p> <input type="radio"/> はい  <input type="radio"/> いいえ (既存の委員会で審議)                      ↳ 何の委員会ですか (以下に記入)                      [ ]                 </p> </td> </tr> </tbody> </table>	※ 質問	回答欄	<p>ゾルゲンスマ使用に際して、新たに設置しましたか (いずれか一つに回答)</p>	<p> <input type="radio"/> はい  <input type="radio"/> いいえ (既存の委員会で審議)                      ↳ 何の委員会ですか (以下に記入)                      [ ]                 </p>
※ 質問	回答欄				
<p>ゾルゲンスマ使用に際して、新たに設置しましたか (いずれか一つに回答)</p>	<p> <input type="radio"/> はい  <input type="radio"/> いいえ (既存の委員会で審議)                      ↳ 何の委員会ですか (以下に記入)                      [ ]                 </p>				
<p>(6) 使用に関する審議に際して、遺伝子治療の専門家からの意見は必要だと思いますか* (いずれか一つ回答)</p>	<p> <input type="radio"/> とてもそう思う  <input type="radio"/> そう思う  <input type="radio"/> どちらでもない  <input type="radio"/> あまり思わない  <input type="radio"/> 全く思わない                 </p>				

4. ゾルゲンスマ使用の適格性確認時の課題についてお聞きします。

質問項目	回答欄
適格性確認時の課題は何でしたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 遺伝学的検査が必要であったこと <input type="checkbox"/> 抗 AAV9 抗体検査が必要であったこと <input type="checkbox"/> 他の治療法との比較検討が難しかったこと <input type="checkbox"/> 自施設での実施体制が整っていなかったこと <input type="checkbox"/> 治療実施に関する患者・家族への説明が難しかったこと <input type="checkbox"/> 説明同意資料（同意書・アセント文書）が不足していたこと <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> なし

5. ゾルゲンスマの**保管・調製**の実施状況と課題についてお聞きします。

質問項目	回答欄				
(1) ゾルゲンスマやその調製液を保管した場所はどこでしたか(一時保管も含む) * (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 薬剤部内 <input type="checkbox"/> 検査部内 <input type="checkbox"/> 輸血管理室内 <input type="checkbox"/> 病棟内 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
(2) ゾルゲンスマ専用の調製場所がありますか* (いずれか一つ回答)	<input type="radio"/> なし (他の医薬品と同様の場所・設備にて調製) <input type="radio"/> あり				
(3) 調製場所はどこですか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 薬剤部内 <input type="checkbox"/> 検査部内 <input type="checkbox"/> 輸血管理室内 <input type="checkbox"/> 病棟内 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
(4) 調製は、どなたが担当しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 主診療科の医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
(5) 調製に <b>安全キャビネット</b> を使用しましたか* (いずれか一つ回答)	<input type="radio"/> 使用していない <input type="radio"/> 使用した (→以下の※質問にご回答ください) ↳ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 50%;">※ 質問</th> <th style="width: 50%;">回答欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>安全キャビネット清掃時の不活化処理方法は何ですか* (複数回答可)</td> <td> <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウムによる消毒  <input type="checkbox"/> 過酢酸による消毒  <input type="checkbox"/> 紫外線照射  <input type="checkbox"/> その他 [ ]  <input type="checkbox"/> 不明                             </td> </tr> </tbody> </table>	※ 質問	回答欄	安全キャビネット清掃時の不活化処理方法は何ですか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウムによる消毒 <input type="checkbox"/> 過酢酸による消毒 <input type="checkbox"/> 紫外線照射 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 不明
※ 質問	回答欄				
安全キャビネット清掃時の不活化処理方法は何ですか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウムによる消毒 <input type="checkbox"/> 過酢酸による消毒 <input type="checkbox"/> 紫外線照射 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 不明				
(6) 調製時に、 <b>閉鎖式器具</b> を使用しましたか* (いずれか一つ回答)	<input type="radio"/> 使用していない (注射針を使用) (→次の質問(7)へ) <input type="radio"/> 使用した (→以下の※質問にご回答ください) ↳ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 50%;">※ 質問</th> <th style="width: 50%;">回答欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>閉鎖式器具は何を使用しましたか* (以下の参考図参照) (複数回答可)</td> <td> <input type="checkbox"/> ネオシールド (JMS)  <input type="checkbox"/> BD ファシール (日本ベクトン・ディッキンソン)  <input type="checkbox"/> ケモセーフロック (テルモ)  <input type="checkbox"/> その他 [ ]  <input type="checkbox"/> 不明                             </td> </tr> </tbody> </table>	※ 質問	回答欄	閉鎖式器具は何を使用しましたか* (以下の参考図参照) (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ネオシールド (JMS) <input type="checkbox"/> BD ファシール (日本ベクトン・ディッキンソン) <input type="checkbox"/> ケモセーフロック (テルモ) <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 不明
※ 質問	回答欄				
閉鎖式器具は何を使用しましたか* (以下の参考図参照) (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ネオシールド (JMS) <input type="checkbox"/> BD ファシール (日本ベクトン・ディッキンソン) <input type="checkbox"/> ケモセーフロック (テルモ) <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 不明				

参考図：閉鎖式器具の代表例と画像

ネオシールド (JMS)	BD ファシール (日本ベクトン・ディッキンソン)	ケモセーフロック (テルモ)
		

質問項目	回答欄 (該当項目の□にチェック)								
(7) 保管・調製時の个人防护具は何ですか* (複数回答可)	マスク	手袋	アイシールドまたは保護メガネ	長袖エプロンまたはガウン	半袖エプロン	ヘッドキヤップ	靴カバーまたは専用靴	特に決めてない	
納品・保管時	<input type="checkbox"/>								
調製時	<input type="checkbox"/>								

質問項目	回答欄
(8) 保管・調製の課題は何でしたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 保管・調製を行う場所の確保 <input type="checkbox"/> 担当部署の決定 <input type="checkbox"/> 保管・調製に必要な物品費用 <input type="checkbox"/> 調製方法の決定 <input type="checkbox"/> 个人防护具として使用する物品の決定 <input type="checkbox"/> 原液等の感染性廃棄物処理方法の決定 <input type="checkbox"/> 消毒、清掃方法の決定 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> なし

6. ゾルゲンスマの**院内搬送**の実施状況と課題についてお聞きします。

質問項目	回答欄							
(1) 調製液の搬送梱包に使用した物品は何ですか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ジッパー付きのビニール袋 <input type="checkbox"/> バイオハザードバッグ <input type="checkbox"/> 蓋つきのプラスチックボトル <input type="checkbox"/> キャリーボックス <input type="checkbox"/> その他 [ ]							
(2) 調製場所から病棟までの搬送方法は何か* (いずれか一つ回答)	<input type="radio"/> 直接手持ち搬送 <input type="radio"/> 搬送システムを使用 <input type="radio"/> 医薬品搬送カートを使用 <input type="radio"/> その他 [ ] <input type="radio"/> 特に決めていない							
質問項目	回答欄 (該当項目の□にチェック)							
(3) 搬送時の個人防護具は何ですか* (複数回答可)	マスク	手袋	アイシー ルドまた は保護メ ガネ	長袖エブ ロンまた はガウン	半袖エブ ロン	ヘッドキ ャップ	靴カバー または専 用靴	特に決め てない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ゾルゲンスマ投与と投与後の患者管理の実施状況と課題についてお聞きします。

質問項目	回答欄
(1) ゾルゲンスマはどこで投与しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 一般個室 <input type="checkbox"/> 陰圧個室 <input type="checkbox"/> 複数人病室 <input type="checkbox"/> 集中治療室 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
(2) 入院中の検体を密閉するために、袋または専用容器を使用しましたか* (いずれか一つ回答)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 特に決めていない
(3) 入院中の検体の搬送方法は、直接手渡しのみですか* (いずれか一つ回答)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (搬送システムの使用も可能) <input type="radio"/> 特に決めていない
(4) 退院後の自宅でのカルタヘナ法対応に関する指導は、誰が担当しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> 特に指導する必要がなかった
(5) 物品消毒や環境衛生のために患者の病室で使用した消毒液は何ですか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム <input type="checkbox"/> ペルオキソ-硫酸水素カリウム (ルビスタ®) <input type="checkbox"/> 過酢酸 <input type="checkbox"/> グルタラール <input type="checkbox"/> その他 [ ]
(6) 投与・投与後の患者管理の課題は何でしたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 投与場所の確保 <input type="checkbox"/> 必要物品の費用 <input type="checkbox"/> スタッフの人数不足 <input type="checkbox"/> 患者家族への指導 <input type="checkbox"/> 有害事象発現時の対応 <input type="checkbox"/> 患者ケア・入院管理に関する対応 <input type="checkbox"/> 個人防護具として使用する物品の決定 <input type="checkbox"/> 環境衛生や物品消毒の方法の決定 <input type="checkbox"/> 長期フォローアップへの対応 <input type="checkbox"/> 他の医療機関への周知 <input type="checkbox"/> 検体の取扱い方法 <input type="checkbox"/> 外部検査機関への周知 <input type="checkbox"/> その他 [ ] <input type="checkbox"/> なし

質問項目	回答欄 (該当項目の□にチェック)							
以下の場合の 個人防護具は 何ですか* (複数回答可)	マスク	手袋	アイシー ルドまた は保護メ ガネ	長袖エプ ロンまた はガウン	半袖エプ ロン	ヘッドキ ャップ	靴カバー または専 用靴	特に決め てない
(7) 投与時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) おむつ交換 など、排泄物に 触れる可能性が ある時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 処置・検査 等で患者に触れ る場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 清掃等、患 者に触れず入室 のみの場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ゾルゲンスマ使用における遺伝カウンセリングの実施状況と課題についてお聞きします。

質問項目	回答欄				
(1) 遺伝カウンセリング専門の部署はありますか* (いずれか一つに回答)	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない				
(2) どの部署が、遺伝カウンセリングを実施しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 院内の遺伝カウンセリング部門 <input type="checkbox"/> 院内の遺伝カウンセリング部門以外の診療科 <input type="checkbox"/> 他施設の遺伝カウンセリング部門 (または担当者) <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
(3) 遺伝カウンセリングの担当者は、どなたですか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝専門医 <input type="checkbox"/> 認定遺伝カウンセラー* <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
(4) 治療後のフォローアップにて、遺伝カウンセリングの継続的な実施は必要だと思いますか* (いずれか一つに回答)	<input type="radio"/> とてもそう思う <input type="radio"/> そう思う <input type="radio"/> どちらでもない <input type="radio"/> あまり思わない (以下の※質問にご回答ください) <input type="radio"/> 全く思わない (以下の※質問にご回答ください)				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #c6e0b4;">※ 質問</th> <th style="background-color: #c6e0b4;">回答欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 30%;">その理由を記入してください</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	※ 質問	回答欄	その理由を記入してください	
※ 質問	回答欄				
その理由を記入してください					

9. **感染性廃棄物の処理**に関する実施状況と課題についてお聞きします。

質問項目	回答欄
(1) <b>調製後</b> の余剰原液や調製器具を、どのように処理しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> オートクレーブ処理 <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム処理 <input type="checkbox"/> その他[ ] <input type="checkbox"/> 処理していない (処理せず感染性廃棄物として処分)
(2) どの部署が、 <b>調製後</b> の余剰原液や調製器具を処理しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 主診療科 <input type="checkbox"/> 検査部 <input type="checkbox"/> その他[ ]
(3) <b>投与後</b> の余剰の原液や投与器具を、どのように処理しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> オートクレーブ処理 <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム処理 <input type="checkbox"/> その他[ ] <input type="checkbox"/> 処理していない (処理せず感染性廃棄物として処分)
(4) どの部署が、 <b>投与後</b> の余剰の原液や投与器具を処理しましたか* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 薬剤部 <input type="checkbox"/> 主診療科 <input type="checkbox"/> 看護部 <input type="checkbox"/> 検査部 <input type="checkbox"/> その他[ ]
(5) <b>入院中の患者</b> 体液が付着したごみを、どのように処理しましたか* (いずれか一つに回答)	<input type="radio"/> <u>感染性廃棄ボックスのみに処分</u> <input type="radio"/> 感染性廃棄物または一般可燃ごみとして処分可能 <input type="radio"/> その他 (以下に記入) [ ]
(6) 感染性廃棄物の処理に関する課題があれば記入してください	

10. ゾルゲンスマを含む遺伝子治療に関する医療スタッフの教育についてお聞きします。

質問項目	回答欄				
<p>(1) 企業主催の研修会以外に、スタッフ向けの研修会・勉強会を開催しましたか*</p> <p>(いずれか一つに回答)</p>	<p>○ していない (企業主催の研修会のみ開催)</p> <p>○ した (または企画している) (以下の※質問にご回答ください)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 50%;">※ 質問</th> <th style="width: 50%;">回答欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>その研修会・勉強会は、施設内または外部施設のものですか*</p> <p>(複数回答可)</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> 施設内の研修会・勉強会</p> <p><input type="checkbox"/> 外部施設で企画された研修会・勉強会</p> <p><input type="checkbox"/> その他 [ ]</p> </td> </tr> </tbody> </table>	※ 質問	回答欄	<p>その研修会・勉強会は、施設内または外部施設のものですか*</p> <p>(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 施設内の研修会・勉強会</p> <p><input type="checkbox"/> 外部施設で企画された研修会・勉強会</p> <p><input type="checkbox"/> その他 [ ]</p>
※ 質問	回答欄				
<p>その研修会・勉強会は、施設内または外部施設のものですか*</p> <p>(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 施設内の研修会・勉強会</p> <p><input type="checkbox"/> 外部施設で企画された研修会・勉強会</p> <p><input type="checkbox"/> その他 [ ]</p>				
<p>(2) あなたが、更に習得したい知識やスキルに関する内容はありますか*</p> <p>(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 遺伝子治療の基礎知識</p> <p><input type="checkbox"/> 関連の法規制 (カルタヘナ法など)</p> <p><input type="checkbox"/> 遺伝子組換え生物等が環境に与える影響や不活化処理方法</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床での遺伝子組換え生物等の使用・拡散防止対応</p> <p><input type="checkbox"/> 基礎研究に関する情報</p> <p><input type="checkbox"/> 有効性あるいは治療効果</p> <p><input type="checkbox"/> 安全性あるいは有害事象への対応</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床での実施体制</p> <p><input type="checkbox"/> 製品の品質管理・取扱い (保管・調製・運搬)</p> <p><input type="checkbox"/> 投与後の患者ケア・入院管理</p> <p><input type="checkbox"/> 治療後のフォローアップ方法</p> <p><input type="checkbox"/> 患者指導方法</p> <p><input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの方法</p> <p><input type="checkbox"/> 遺伝子治療やゲノム編集技術の最新動向</p> <p><input type="checkbox"/> 遺伝子治療以外の脊髄性筋萎縮症に対する治療や管理</p> <p><input type="checkbox"/> その他 [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>				

質問項目	回答欄
(3) 関係スタッフへの教育について、更に充実させた方が良く考える研修内容は何か* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 遺伝子治療の基礎知識 <input type="checkbox"/> 関連の法規制 (カルタヘナ法など) <input type="checkbox"/> 遺伝子組換え生物等が環境に与える影響や不活化処理方法 <input type="checkbox"/> 臨床での遺伝子組換え生物等の使用・拡散防止対応 <input type="checkbox"/> 安全性や有効性のための評価方法 <input type="checkbox"/> 関係部署の調整 <input type="checkbox"/> 文書作成・管理 <input type="checkbox"/> 製品の取扱い (保管・調製・運搬) <input type="checkbox"/> 投与方法 <input type="checkbox"/> 投与後の患者ケア・入院管理 <input type="checkbox"/> 患者指導 <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理 <input type="checkbox"/> その他[ ] <input type="checkbox"/> なし

11. その他、遺伝子治療の実施に関するご意見があれば記入してください

アンケートへの回答は以上です。  
 最後に記入漏れがないかご確認ください。

本アンケート調査の集計結果や遺伝子治療関連セミナー等の連絡希望についてお聞きします。

質問項目	回答欄
集計結果や遺伝子治療関連セミナー等の連絡を希望しますか* (いずれか一つに回答)	<input type="radio"/> 希望しない <input type="radio"/> 希望する ↳ メールアドレスを以下に記入 (グループメールも可) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> 集計結果のみの連絡を希望する場合はチェック <input type="checkbox"/>

ご回答いただき誠にありがとうございました。

以上