【設問票】

平成　年　月　日

○○市　　薬局（No.　）

大阪府池田保健所　企画調整課　宛

Fax：072-751-3234

糖尿病患者実態調査についてのアンケート

1．年齢（　　才）

2．性別（　男　・　女　）

3．糖尿病で通院し始めてからおよそ何年たちますか？（　　）

4．糖尿病の治療（教育入院を含む）で、入院したことはありますか？（　ある　・　ない　）

5．普段の糖尿病薬はどちらで処方されていますか？（　病院　・　診療所　）

6．最近のあなたのHbA1Cはどのくらいですか？　近い数字に○をしてください。

（　知らない　・　5　6　7　8　9　10　・　10以上　）

7．あなたは定期的に眼科を受診していますか？（　受診していない　・　定期的に受診

⇒　年に数回　・　年に１回ぐらい　・　2～3年に1回ぐらい　）

8．あなたは**糖尿病連携手帳**を持っていますか？（　有　・　無　）

［以下の質問は、**糖尿病連携手帳**を持っている患者さんに伺います］

9．**糖尿病連携手帳**は、普段どのように携帯していますか？

（　外出時に常に携帯　・　通院時のみ携帯　・　自宅においてあることが多い　）

１０．**糖尿病連携手帳**と主治医の説明を聞いて、専門病院と診療所が協力して診療していることが理解できましたか？

（　理解できた　・　わからない　）

11．**糖尿病連携手帳**の感想を自由に記載してください。

※ご協力ありがとうございました。このアンケートの結果は、今後の**糖尿病連携手帳**の改訂等に活用させていただきます。

豊能圏域糖尿病地域連携クリティカルパス検討会