

誠に恐れ入りますが、ご記入の上、  
10月23日（金）までに下記宛てにご返信ください。  
**FAX送付先：098-895-1497**  
(沖縄県がん診療連携協議会・地域ネットワーク部会事務局)

## がんの地域医療連携アンケート

所属医療機関： \_\_\_\_\_  
ご芳名： \_\_\_\_\_  
ご専門： \_\_\_\_\_ E-mail： \_\_\_\_\_

1. 先生の年齢は  ~30  31~40  41~50  51~60  61~70  71~

2. 貴施設（一つだけ選択）

- 診療所  
 病院（20~100床）  病院（101~200床）  病院（201~300床）  
 病院（301~400床）  病院（400床以上）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 主な診療圏は  南部  中部  北部  宮古  八重山  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）（一つだけ選択）

☆☆

1. がん患者の診断を行うことがありますか。  はい  いいえ

2. がん治療の経験はありますか。

はい  以前所属していた施設で経験がある  いいえ

↓

どのようながん種の患者さまを診ていますか？（複数回答可）

- 胃がん  大腸がん  肺がん  乳がん  肝がん  
 前立腺がん  子宮がん  その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか。

はい  いいえ  その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 検査、診断可能な項目を教えてください。（複数回答可）

- 一般血液検査の迅速検査  
 可能  可能でない→（何日後に結果が出ますか： \_\_\_\_\_ 日後）  
 腫瘍マーカー  内視鏡検査  X線  
 エコー  CT  MRI  マンモグラフィー  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

5. どの程度の状態のがん患者なら逆紹介で受け入れることが可能ですか。（複数回答可）

- 状態の良い、術後フォローのみの患者
- 状態の良い、術後補助化学療法患者（経口抗癌剤）
- 状態の良い、術後補助化学療法患者（注射抗癌剤）
- 状態の良い、進行再発がんの化学療法（経口・注射抗癌剤）
- 終末期の患者（緩和ケアの患者）
- 受け入れられない
- その他（                      ）

6. 術後フォローのがん患者を受け入れた場合の不安な点（複数回答可）

- 定期の診断・治療
- 緊急時の対応
- 化学療法の副作用への対応
- 患者のメンタルケア
- その他（                      ）

7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- はい    いいえ

8. 終末期がん患者を在宅で看取ったことがありますか。

- はい    いいえ

9. 病診連携の勉強会として興味のある項目をお教えてください。（複数回答可）

- がんの病態    手術療法    放射線療法    化学療法    支持療法
- 緩和ケア    その他（                      ）

10. 4 疾患5 事業で、がん以外の領域で興味がある分野は（複数回答可）

- 脳卒中    急性心筋梗塞    糖尿病
- 救急医療    災害医療    僻地医療    周産期医療    小児医療

11. がんの地域連携、がん診療連携拠点病院についてご意見等をお書きください。

12. 沖縄県におけるがん診療の地域連携クリティカルパスの勉強会等案内させていただいてよろしいでしょうか。

- はい    場合による（                      ）    いいえ

アンケートへのご協力、誠にありがとうございます。