

健康アンケートへのご協力をお願いいたします

このアンケートは健康相談の参考にさせていただくため、事前に回答をお願いしています。

二次元コードからも回答が可能です。

次の質問 **1** ～ **13** について、あてはまるものに ☒ をしてください。なお、質問項目の中にご回答いただけない項目がありましたら、何も記入していただかなくても構いません。

昨年通知した方へも再度お送りしている場合があります。

ご協力どうぞよろしくお願いいたします。



氏名

電話番号

(日中繋がりが易い電話番号や曜日・時間があればご記載ください)

1 この通知は昨年も届きましたか

- ☐ ① はい ☐ ② いいえ

2 【1で①と回答した方】昨年通知が届いた後、取り組んだことはありますか

- ☐ ① 医師に相談できた ☐ ② 薬剤師に相談できた ☐ ③ かかりつけ医を決めた
☐ ④ かかりつけ薬局を決めた ☐ ⑤ お薬手帳を活用しようと思った
☐ ⑥ その他()

3 現在かかっておられるご病気について、主な病名を知っていますか

- ☐ ① よく知っている ☐ ② だいたい知っている ☐ ③ あまりわからない ☐ ④ わからない

4 ご病気の治療に、複数の病院や薬局にかかっておられる理由はなんですか【複数回答可】

- ☐ ① いろいろな病気があるから ☐ ② 病院や薬局に行くと安心するから
☐ ③ お薬を少し多めに持っておきたいから ☐ ④ 念のためほかの医療機関も受診した
☐ ⑤ 病状がよくならなかったから ☐ ⑥ かかりつけ医に紹介されたから
☐ ⑦ その他()

5 服用している薬の効能・服用方法・副作用を知っていますか

- ☐ ① よく知っている ☐ ② だいたい知っている ☐ ③ あまりわからない ☐ ④ わからない

6 医師や薬剤師の指示通りに薬を服用していますか

- ☐ ① 指示通りに服用している ☐ ② とときどき飲み忘れる ☐ ③ ほとんど服用せず残っている薬がある

7 【6で②、③と回答した方】服用せず残っている薬はどうしていますか

- ☐ ① 置いている ☐ ② 捨てている ☐ ③ 医師に残薬があることを伝えている
☐ ④ 薬剤師に残薬があることを伝えている
☐ ⑤ その他()

裏面に続く

