

# 北海道IBD入会時アンケート

友の会記入

No

- ☆ このアンケートは会員のおかれた状況をお尋ねし、相談対応や会の運営に役立てるものです。  
他の第三者に提供する事はありません。できるだけ詳しく書いてください。  
☆ 番号のところはいずれかを○で囲んでください。 点線以上は記述してください

1、アンケートを記入する人: i、本人 ii、配偶者 iii、親 iv、その他

2、患者の職業: i、あり 職種  
勤務先  
ii、なし 1、休職中 2、求職中 3、専業主婦(夫)  
4、その他  
生徒・学生 学校名、学年

3、世帯人数 人

4、「友の会」を何で知りましたか?  
i、会員から ii、ホームページ iii、病院の医師・看護師・栄養士・相談室  
iv、保健所や市町村の案内 v、ポスター vi、難病連の役員会員  
vii、新聞の記事 viii、その他

5、病名 i、潰瘍性大腸炎 (部位) i、全大腸 ii、左結腸 iii、直腸  
ii、クローン病 (部位) i、全大腸 iv、小腸 v、じろう  
iii、その他

6、症状 最近現在は  
発病時の症状  
入退院の回数 手術の回数  
合併症や他に不調なところは

7、この一年どんな治療がありましたか  
投薬 i、サラゾピリン、ペンサ、アサコール (i服用、 ii注腸、 )  
ii、ステロイド剤 (i服用、 ii注腸、 iii注射 )  
iii、免疫調節剤  
iv、整腸剤  
v、経腸栄養剤 vi、その他

副作用などで感ずる事がありましたか

主な処置 i、経腸栄養療法 (i、入院で ii、通院で)  
ii、中心静脈栄養療法 (i、入院で ii、通院で)  
iii、L-cap、G-capなど (i、入院で ii、通院で)  
iv、レミケードなど (i、入院で ii、通院で)  
v、外科手術(内視鏡含) (i、入院で ii、通院で)  
vi、その他

8、医師や看護師・栄養士から療養上注意されたことがありますか?  
日常生活  
食事  
その他

9、ストマー、IVH(中心静脈栄養)、経腸栄養ポンプを使っている方に伺います。  
使っている医療処置 i、ストマー ii、中心静脈栄養療法 iii、経腸栄養療法  
不自由を感じていることとお書きください。  
ストマー保守の資材に不足はありませんか? (i、ある ii、ない )  
ストマーに医療上の問題はありますか? (i、ある ii、ない )  
IVHや経腸栄養の資材は不足ありませんか? (i、ある ii、ない )  
「ある」方は具体的に書いてください

欄が不足でしたら左側の書式に記入してください。 以上です アンケートのご協力有難うございました。