

ID番号：

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査）

かかりつけ医機能に関する意識調査 **患者票**

【医療機関記入欄】

※この調査票を患者の方にお配りする前に、**医療機関にて、下記①～⑥にご記入ください。**

| | | |
|-----------------|----------|----------|
| ①回答いただく患者の方について | 01. 初診 | 02. 再診 |
| ②機能強化加算の算定 | 01. 算定あり | 02. 算定なし |
| ③地域包括診療料の届出 | 01. 届出あり | 02. 届出なし |
| ④地域包括診療加算の届出 | 01. 届出あり | 02. 届出なし |
| ⑤認知症地域包括診療料の届出 | 01. 届出あり | 02. 届出なし |
| ⑥認知症地域包括診療加算の届出 | 01. 届出あり | 02. 届出なし |

※このかかりつけ医患者票は、患者さんに、かかりつけ医機能についてのご意見をお伺いするものです。

※ご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。**また、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。**わからない場合は「－」**をご記入ください。

※特に断りのない場合は、令和3年7月1日時点の状況についてご記入ください。

問1. 患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

| | | | | |
|--|---|--------|-----|-------|
| ①性別 ※○は1つだけ | 01. 男性 | 02. 女性 | ②年齢 | () 歳 |
| ③お住まい | () 都・道・府・県 ※都道府県名まで | | | |
| ④定期的（3か月に1回以上の頻度）に通院している医療機関数 | 1. () か所 2. 定期的に通院している医療機関はない | | | |
| ⑤本日受診した診療科 | 01. 内科 *1 02. 外科 *2 03. 整形外科 04. 脳神経外科 05. 小児科 06. 精神科 07. 眼科 08. 皮膚科 09. 耳鼻咽喉科 10. 泌尿器科 11. 産科 12. 婦人科 13. 産婦人科 14. 麻酔科 15. リハビリテーション科 16. 歯科（歯科口腔外科等含む） 17. その他（具体的に:) | | | |
| *1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。 *2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。 | | | | |

問2. 本日受診した医療機関に定期的（3か月に1回程度以上の頻度）に通院していますか。
（○は1つ）

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 01. 今回が初めて | 02. 定期的に通院している |
| 03. 定期的にはないが、過去に通院したことがある | 04. わからない |

08. 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる
09. 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握しそれに応じた助言や指導を行ってくれる
10. 予防接種に関する相談に対応してくれる・予防接種を実施してくれる
11. 受診しているすべての医療機関や処方された薬を把握してくれる
12. 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる
13. 調剤を行う薬局と連携してくれる
14. 医療機関で薬を受け取ることができる
15. 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる
16. 在宅医療において看取りを行ってくれる
17. 自分らしい人生の終わり方の相談ができる
18. 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる
19. 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる
20. 認知症に関する助言や指導を行ってくれる
21. 行政への協力や学校医など地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる
22. 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる
23. ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を患者に提供してくれる
24. ICT（情報通信機器）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携してくれる
25. その他（具体的に： _____）

⑥本日受診した医療機関で、新型コロナウイルス感染症に係るワクチンを含め、予防接種について相談（接種するべきかどうかや、安全性等について）したり、予防接種を受けたりしたことがありますか。（あてはまるもの全てに○）

01. 本日受診した医療機関で予防接種について相談したことがある
02. 本日受診した医療機関で予防接種を受けたことがある
03. 本日受診した医療機関で今後、予防接種の相談をする又は受ける予定
04. 本日受診した医療機関で予防接種について相談する必要が無い
05. 本日受診した医療機関で予防接種を受ける必要が無い
06. 本日受診した医療機関では予防接種の相談や接種については対応していないと言われた

問4. 新型コロナウイルス感染症の影響による受療行動の変化等についてお伺いします。

①新型コロナウイルス感染症の影響により、あなたの医療機関への受診に関する行動に変化はありましたか。（○は1つだけ）

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 01. 受診に関する行動の変化があった | 02. 受診に関する行動の変化はなかった |
|---------------------|----------------------|

【②は、①で「01. 受診に関する行動の変化があった」と答えた場合にご回答ください。】

②どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに○）

01. 受診する医療機関を変えた
02. 受診頻度を半分以下に少なくするようにした
03. 受診頻度を、半分以下まではいかないが、少なくするようにした
04. 受診頻度をむしろ増やすようにした
05. 検査や処置などの延期やキャンセルをした
06. 処方薬を長めに出してもらうようにした
07. 電話やオンライン診察を利用するようにした
08. 市販薬で対応するようにした
09. その他（具体的に： _____）

【すべての方がご回答ください。】

③新型コロナウイルス感染症が終息した後の医療機関への受診に関する行動についてどのようにお考えになりますか。（あてはまるもの全てに○）

- | |
|---|
| 01. 新型コロナによる受診行動の変化はなく、終息後も引き続き新型コロナ前と同じ受診頻度にする予定 |
| 02. 新型コロナにより受診頻度は減ったが、終息後は新型コロナ前と同じ受診頻度に戻す予定 |
| 03. 新型コロナにより受診頻度は減り、終息後も現在の受診頻度を維持する予定 |
| 04. 終息後も新型コロナ前よりも処方薬を長めに出してもらう |
| 05. 終息後も新型コロナ前よりも電話やオンライン診察を利用する |
| 06. 終息後も新型コロナ前よりも市販薬での対応を増やす |
| 07. その他（具体的に： _____） |

問5. あなたの最近（概ね令和2年1月以降）の健康状態の変化をお伺いします。

①あなたの体調に変化はありましたか。（○は1つだけ）

- | | |
|---------------|---------------|
| 01. 体調の悪化があった | 02. 体調の改善があった |
| 03. 体調の変化はない | 04. わからない |

【②は、①で「01. 体調の悪化があった」と答えた場合にご回答ください。】

②どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに○）

- | |
|--|
| 01. 持病の状態（高血圧、糖尿病、脂質異常症などの慢性疾患）が悪くなったと思う |
| 02. 運動機能の低下があったと思う |
| 03. 認知機能（記憶など）の低下があったと思う |
| 04. その他（具体的に： _____） |

③あなたの体調の変化について医師から指摘されましたか。（○は1つだけ）

- | | |
|---------------------|--------------|
| 01. 体調の悪化があったと指摘された | 02. 指摘されていない |
|---------------------|--------------|

【④は、③で「01. 体調の悪化があったと指摘された」と答えた場合にご回答ください。】

④どのような変化がありましたか。（あてはまるもの全てに○）

- | |
|---|
| 01. 持病の状態（高血圧、糖尿病、脂質異常症などの慢性疾患）が悪くなったと指摘された |
| 02. 持病の状態が悪くなり、入院する必要があった |
| 03. 命にかかわる病気（がん、動脈瘤など）の発見が遅れた |
| 04. 運動機能の低下があったと指摘された |
| 05. 認知機能（記憶など）の低下があったと指摘された |
| 06. その他（具体的に： _____） |

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、**8月31日（火）**までに専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、お近くのポストに投函してください。