

共催：釜石医師会 釜石歯科医師会 釜石薬剤師会 JADEC（公益社団法人日本糖尿病協会）住友ファーマ株式会社

カードシステムミニレクチャー 事前登録用アンケート

アンケートのご協力をお願い申し上げます。本アンケート回答は、今後の弊社情報提供活動の参考とする目的のみに利用致します。

※講演会当日にアンケート結果を座長・演者が匿名にて紹介する可能性があります。

※ご記入いただく「個人情報」は本会運営の目的のみに使用させていただきます。

実施責任者:住友ファーマ株式会社 金田 敏範

■ご芳名

■ご施設名

■メールアドレス

■ご希望の参加形式【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐会場(釜石PIT)で参加する ☐オンラインで参加する

■職種【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐医師 ☐薬剤師 ☐看護師 ☐管理栄養士 ☐理学療法士 ☐臨床検査技師 ☐准看護師

☐保健師 ☐栄養士 ☐作業療法士 ☐臨床心理士 ☐歯科衛生士

☐その他【
】

■保有資格【任意・複数選択可 レをご記入ください】

☐CDEL ☐CDEJ ☐糖尿病看護認定看護師 ☐糖尿病専門医 ☐登録医・糖尿病認定医 ☐登録歯科医

☐その他【
】

■JADEC(公益社団法人日本糖尿病協会)の正会員ですか。【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐はい ☐いいえ ☐不明

■本研修会を受講するまで糖尿病カードシステムをご存知でしたか。【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐はい(研修会に参加したことがある)

☐はい(基本編の動画を視聴したことがある)

☐はい(ミニレクチャーを受講したことがある)

☐はい(名称のみ知っている)

☐いいえ

■現在、ご施設で糖尿病カードシステムを使用されていますか。【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐はい(入院時) ☐はい(外来時) ☐はい(入院時、外来時) ☐いいえ ☐不明

■糖尿病のある方への治療支援を行う上で課題と感じていることはありますか。【必須・複数回答 レをご記入ください】

☐課題はない

☐勤務している医療機関が糖尿病治療支援に積極的ではない

☐治療支援を行う時間確保出来ない

☐治療支援を行うツール(資材等)がない

☐治療支援を行う人材がいない

☐その他【
】

■ご施設で生活習慣病管理料Ⅱを算定されていますか。【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐はい ☐いいえ ☐不明

■カードシステムミニレクチャー参加者限定カード(12枚)の送付希望の有無を選択ください。

※希望者の方に、講演会終了後に申し込み用URLを送付致します。【必須・単一回答 レをご記入ください】

☐希望する ☐希望しない