

リンパ浮腫診療施設マップ作成のためのアンケート調査内容

URL: <https://forms.gle/RdHLLLe7saCEtBUgo6>

Google フォームでの内容を以下に記します

このアンケートは、厚労省後援新リンパ浮腫研修運営委員会が実施しております。

本邦のリンパ浮腫治療施設マップ作成にご協力ください。なお、回答者の情報は公開致しません。

(全 21 項目)*は必須項目

メールアドレス *

[回答者についてお伺いします] 回答者の情報は公開致しません。

1. 回答者の氏名(非公開) *
2. 回答者の職種(非公開) *

[リンパ浮腫の診療体制についてお伺いします]

3. リンパ浮腫の診療担当医の標榜科(複数回答可) *
4. 診療費区分 *
5. 治療区分 *
6. 紹介の受け入れ *
7. 対応可能な治療 *
8. 対応可能な部位 *
9. 複合的治療を担当している部署 *
10. 複合的治療担当者の専門的教育の修了施設【任意】⇒可能な限りご協力ください
(選択肢でその他を選択された場合は後日お問い合わせをいたします)
11. リンパ浮腫治療担当者の構成(人数) *

* 医師の座学とは「専門的なリンパ浮腫に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修(医師については座学 33 時間)

12. 専門的教育終了後のリンパ浮腫診療の経験年数別(縦軸別)のスタッフ数【任意】⇒可能な限りご協力ください

13. 年間症例実人数(2020 年 1 月から同 12 月)複合的治療 入院 *
14. 年間症例実人数(2020 年 1 月から同 12 月)複合的治療 外来 *
15. 年間症例実人数(2020 年 1 月から同 12 月)外科治療 *

[施設ホームページと問い合わせ先について伺います]

16. 施設名称 *
17. 施設ホームページの URL *
18. 問い合わせ先の部署名 *
19. 問い合わせ先の電話番号 *
20. 施設の郵便番号 *
21. 施設の住所 *