

がんリハビリテーション 患者調査項目

問1 あなたの現在の令和6年9月1日現在の年齢をお答えください。

問2 診断されたがん種に当てはまる番号を選んで○をつけてください。

2種類以上の場合は、治療中または経過観察中の主要ながんに○をつけてください。

1	脳	8	肝臓	15	子宮	22	骨髄腫
2	喉頭・咽頭	9	胆道・胆のう	16	卵巣・卵管	23	骨
3	肺	10	すい臓	17	乳房	24	軟部組織系 (筋肉・脂肪)
4	食道	11	腎臓・副腎	18	前立腺	25	悪性リンパ腫
5	胃	12	膀胱	19	精巣	26	その他()
6	十二指腸・小腸	13	皮膚	20	甲状腺		
7	大腸・直腸	14	口腔・舌	21	白血病		

問3 がんと診断を受けてから、これまで受けたがん治療全てに○をつけてください。

1	手術療法 (下記の2、3以外の外科手術)	4	薬物療法 (抗がん剤・ホルモン療法・分子標的薬など)
2	鏡視下(胸腔鏡・腹腔鏡など) 手術	5	放射線療法
3	内視鏡的切除 (EMR・ESDなど)	6	その他()

問4 入院中に受けたリハビリテーションの内容をお答えください。

1	運動療法(障がいや疾患の治療や予防のために運動)
2	実用歩行訓練
3	日常生活活動訓練
4	物理療法
5	応用的動作能力
6	社会的適応能力の回復等
7	嚥下機能訓練
8	認知症予防訓練
9	その他

問5 問4で受けたリハビリテーションの期間についてお答えください。

(日間)

問6 退院後に、医師の指示によってリハビリテーションを受ける予定はありますか。

1	介護保険（通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション）を利用する
2	自費により医療機関等で通所によるリハビリテーションを受ける
3	その他

問7 大阪府に対して、がん患者へのリハビリに関するご意見やご要望があればお聞かせください。

ご協力、ありがとうございました。

【連絡先】

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課

生活習慣病・がん対策グループ 岩田・久保田・藤原

T E L : 06-6944-6791 (直通)

E-mail : kenkodukuri-g02@sbox.pref.osaka.lg.jp