がん相談支援センターの相談対応について アンケートにご協力ください

当センターでは、相談対応の質向上を目的としてアンケートを実施しております。
結果や検討内容はホームページで公表し、県内の支援体制強化のため「〇〇県がん診療連携協議会」にて情報を共有いたします。上記目的以外には使用せず、個人が特定されることはありませんので、ぜひ率直なご意見をお寄せください。

〇〇の回収箱に入れて頂くか、二次元コードから回答をお願いします

※該当する回答に☑してください

1. あなたのお立場を教えてください

□患者ご本人　□ご家族・ご親族　□その他(　　)

2. 当院のがん相談支援センターを利用するのは初めてですか？

□はい　□いいえ

3. 今回、利用したきっかけ(紹介・閲覧)を教えてください(複数回答可)

□担当医　□看護師・病院スタッフ　□相談員　□チラシ・パンフレット
□院内掲示　□ご家族・ご友人等　□インターネット　□患者会・患者サロン
□地域の療養情報冊子/サポートサイト　□その他(　　)

4. どのようなことで、利用されましたか？(複数回答可)

□特に困りごとはなかったが案内を受けて来訪/場所の確認
□病気や治療方法　□がんや治療による症状　□治療による外見の変化(脱毛、肌、爪、手術痕など)
□気持ちのつらさや不安　□経済的な負担や制度　□仕事や学校　□今後の療養生活
□医療スタッフとの関係性　□家族や周囲との付き合い方　□相談というより話をしたかった
□その他(　　)

5. 相談やお話をしやすい雰囲気でしたか？

□とてもそう思う　□ややそう思う　□あまりそう思わない　□まったくそう思わない

理由やご意見をご記入ください

6. 相談やお話をしたことで、お困りごとの解決や安心に近づいたと感じましたか？

□とてもそう思う　□ややそう思う　□あまりそう思わない　□まったくそう思わない

理由やご意見をご記入ください

7. 全体を通して、相談員の対応に満足されましたか？

□とてもそう思う　□ややそう思う　□あまりそう思わない　□まったくそう思わない

理由やご意見をご記入ください

8. がん相談支援センターに対する要望がありましたら教えてください。

ご協力ありがとうございました。いただいたご意見は今後の相談対応の質向上に役立てて参ります。

2026 年5月　〇〇がん相談支援センター