インスリンポンプご使用中の皆様へ

インスリンポンプご使用に関するアンケート調査　ご協力のお願い

謹啓

平素より大変お世話になっております。さてこの度、日本メドトロニック株式会社では、製品の安全かつ適正な使用に関するサービスの向上を図るため、弊社製インスリンポンプをご使用中の皆様にアンケート調査を実施させていただいております。ご多忙中恐縮でございますが下記Webサイトからご回答いただくか、または、お手数ですが03-6430-7110までFAXにて本アンケート用紙をご返信いただけますようお願い致します。ご回答締め切りは**平成24年9月14日（金）正午**とさせていただきます。本アンケート調査へのご理解、ご協力を頂けますと幸いです。

ご回答締め切り　平成 24 年 9 月 14 日（金）正午

▼Web はこちら	▼FAX はこちら
http://www.surveymonkey.com/s/JC2DJXG	◆FAX 番号 03-6430-7110

▼抽選で 10 名様にプレゼント	▼先着 200 名様にプレゼント	▼希望者全員にプレゼント
レニーポンプケース 	レニーストラップ 	レニー携帯クリーナー

また、ご回答いただいた方へ上記のメドトロニック　ポンプキャラクター『ライオンのレニー』グッズを差し上げます。ご希望の方はアンケート用紙、または Web サイトのプレゼント希望の質問項目にて「希望する」をお選びください。

- **抽選で 10 名様にレニーポンプケース**を、また、外れた方のうち、**先着 200 名様にレニーストラップ**を差し上げます。
- さらに、**希望者全員にレニー携帯クリーナー**を差し上げます（上記プレゼントに当選されなかった方に限らせていただきます）。
- ご記入頂いた個人情報は、個人情報保護法に基づき、弊社内で適切に管理、保管させて頂きます。

頂きました皆様のご意見を弊社サービスの向上に役立てるよう尽力して参ります。何卒宜しくお願い申し上げます。

謹白

日本メドトロニック株式会社

ダイアビーティス事業部

平成 24 年 8 月

日本メドトロニック㈱　インスリンポンプご使用に関するアンケート

※　アンケートのご回答はお一人様 1 回限りでお願い致します。

【 項目 1　お客様情報・インスリンポンプご使用情報について 】

1.1 患者様ご本人ですか？　☐ ご本人　☐ 患者様のご家族　☐ 患者様の介護者、又は医療従事者

1.2 患者様の性別をお聞かせ下さい。　☐ 男性　☐ 女性

1.3 患者様の年齢をお聞かせ下さい。（　　歳 ）

1.4 お住まいの都道府県名をお聞かせ下さい。（　　都・道・府・県 ）

1.5 現在ご使用されているインスリンポンプの種類（モデル）をお選び下さい。

☐ 722
☐ 712
☐ 508
☐ その他（　　）

【モデル番号確認方法】
ポンプ裏面ラベルの「MMT」の次にある３桁の数字をご確認下さい。

1.6 シリアル番号をご記入下さい。

（　　）

【シリアル番号確認方法】
ポンプ裏面ラベルの「SN」の隣にあるアルファベット３桁＋数字＋アルファベット１文字をご確認下さい。

1.7.1　現在ご使用のインスリンポンプの使用期間を教えて下さい。

☐ 1ヶ月以内　☐ 1ヵ月～6ヶ月　☐ 6ヶ月～1 年　☐ 1 年～4 年　☐ 4 年以上

1.7.2　インスリンポンプ療法を始めたきっかけを教えて下さい（複数回答可能）。

☐ 医師からのすすめ　☐ 他の患者様からのすすめ　☐ より良い血糖コントロール　☐ 妊娠
☐ 日常生活での利便性向上　☐ 頻回注射の回避　☐ その他（　　）

1.7.3　インスリンポンプ療法を行うにあたり、説明にあたったのはどなたですか？

a）インスリンポンプ治療開始前　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 栄養士　☐ 薬剤師　☐ その他（　　）
b）インスリンポンプ療法開始時　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 栄養士　☐ 薬剤師　☐ その他（　　）
c）継続的なフォローアップ　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 栄養士　☐ 薬剤師　☐ その他（　　）
d）トラブル発生時の対応　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 栄養士　☐ 薬剤師　☐ その他（　　）

1.7.4　CGM（持続血糖モニター）をご使用されたことはありますか？

☐ 入院中に使用した　☐ 外来で使用した　☐使用したことはない（質問 2.1 へお進み下さい。）

1.7.5 CGM を使用した結果について、以下の中で最も近いものに〇をつけて下さい。

	全くそう思わない ← スコア → 強くそう思う									
血糖コントロールへの意識が高まった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

【項目 2 メドトロニック糖尿病 24 時間サポートラインについて】（※24 時間サポートライン：患者様向け問い合わせフリーダイアル）

2.1 過去 1 年間にメドトロニック糖尿病 24 時間サポートライン（以下サポートライン）を何回くらいご利用されましたか？

□ 1 回　□ 2～3 回　□ 4 回以上　□ 利用したことはない（質問 3.1 へお進み下さい。）

2.2 サポートラインの対応について、以下の中でそれぞれ最も近いものに〇をつけて下さい。

	全くそう思わない ← スコア → 強くそう思う									
2.2.1 すぐに電話がつながった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.2.2 対応は丁寧で感じが良かった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.2.3 質問やトラブルが解決できた	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.2.4 提供された情報は有効だった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.2.5 全体的なサービスに満足している	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.3 【2.2.5 の質問について、6 以下のスコアを選択された方に伺います。】

（…7 以上のスコアを選択された方は質問 3.1 へお進み下さい。）

6 以下のスコアを選択された理由を教えて下さい（複数回答可能）。

□説明がわかりにくかった　□解決までに時間がかかった　□その他（　　）

【項目 3 インスリンポンプのご使用に関する教育や説明について】

3.1 現在通院されている医療機関名をお聞かせ下さい。（　　）

3.2 インスリンポンプのご使用にあたり、医療機関で実施された教育や説明について、以下の中でそれぞれ最も近いものに〇をつけて下さい。

	全くそう思わない ← スコア → 強くそう思う									
3.2.1 インスリンポンプ療法開始前に十分な説明を受けた	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2.2 インスリンポンプの使用開始時に、十分な説明を受けた	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2.3 インスリンポンプを活用するため、継続的に説明を受けている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2.4 インスリンポンプに関する全般的な教育や説明に満足している	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.3 【3.2.4 の質問について、6 以下のスコアを選択された方に伺います。】
（7 以上のスコアを選択された方は質問 3.4 へお進み下さい。）
6 以下のスコアを選択された理由を教えて下さい。
（　　）

3.4 インスリンポンプをご使用頂く上で、以下の弊社提供の説明資料や Web サイト等はどの程度お役に立っていますか？それぞれ最も近いものに〇をつけて下さい。

	大変役に立っている	役に立っている	どちらともいえない	あまり役に立っていない	全く役に立っていない	知らなかった
ユーザーガイド						
簡易マニュアル						
Paradigm Circle パラダイムサークル（トラブル対応マニュアル）						
インスリンポンプ療法について（冊子）						
その他の資料（　　）						
メドトロニックホームページ						

3.5 インスリンポンプに関する弊社提供の説明資料や Web サイトについて、何かお気づきの点がありましたら、その理由も含めて教えて下さい。
（　　）

3.6 現在ご活用頂いているポンプ機能について、それぞれ最も近いものに〇をつけて下さい。

	非常によく活用している	活用している	どちらともいえない	あまり活用していない	全く活用していない	知らなかった
注入セットの交換						
基礎インスリン（Basal）						
追加インスリン（Bolus）						
アラームの対処（No Delivery、Low Battery、Low Reservoir 等）						
一時基礎レート（一時的に基礎注入設定を変更する機能）						
基礎レートパターン（複数の基礎注入設定を保存する機能）						
デュアル/スクエアボーラス（追加インスリンの注入速度を変更する機能）						
ボーラスウィザード（追加インスリンの自動計算をする機能）						
カーボ（糖質）カウント						

【項目 4　製品満足度について】

4.1 インスリンポンプについて、以下の中でそれぞれ最も近いものに〇をつけて下さい。

	全くそう思わない ←―― スコア ――→ 強くそう思う									
4.1.1 現在使用中のインスリンポンプは使いやすい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.1.2 現在使用中のインスリンポンプを他の患者様へおすすめしたい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.2 【4.1.2 の質問について、7 以上のスコアを選択された方に伺います。】

（…6 以下のスコアを選択された方は質問 4.3 へお進み下さい。）

7 以上のスコアを選択された理由を教えて下さい（複数回答可能）。

☐ より良い血糖コントロールができるため　☐ 日常生活の利便性が向上するため　☐ 注射回数が減るため

☐ 人前での注射が不要なため　☐ 操作が簡単なため　☐ その他（　　）

4.3 【4.1.2 の質問について、6 以下のスコアを選択された方に伺います。】

6 以下のスコアを選択された理由を教えて下さい（複数回答可能）。

☐ 機械操作が不安なため　☐ 注入トラブルが不安なため　☐ その他（　　）

4.4 インスリンポンプ療法を継続するにあたり、医療機関以外で情報源となるものを教えて下さい（複数回答可能）。

☐ 患者会　☐ 日本 IDDM ネットワーク（Web サイト/セミナー）　☐ 糖尿病ネットワーク（Web サイト）

☐ 月刊糖尿病ライフ『さかえ』　☐ ブログ　☐ その他（　　）

4.5 上記の他にインスリンポンプのご使用全般に関して、ご意見やご提案等がありましたらご記入をお願い致します。

（　　）

以上でアンケートは終了です。

ご協力を頂き、誠にありがとうございました。

頂きました皆様のご意見を弊社サービスの向上に役立てるよう尽力して参ります。

（レニーグッズのプレゼントをご希望の方は次ページをご参照ください。）

本アンケートにご回答頂いた方のうち希望者の方にレニーグッズを差し上げます。抽選で 10 名様にレニーポンプケースを、また、外れた方のうち、先着 200 名様にレニーストラップを差し上げます。 さらに、希望者全員にレニー携帯クリーナーを差し上げます（上記プレゼントに当選されなかった方に限らせていただきます）。ご希望の方は、次の「希望する」をお選び頂き、お客様情報をご記入の上ご返信下さい（ご回答締め切り：平成 24 年 9 月 14 日（金）正午）。ご記入頂いた個人情報は、個人情報保護法に基づき、弊社内で適切に管理、保管させて頂きます。

☐ 希望する　　☐ 希望しない

【お客様情報】
ﾌﾘｶﾞﾅ
お名前　（　　）
郵便番号（　　－　　）
ご住所　（　　）
電話番号（　　）
E メール　（　　）

【個人情報の取扱いについて】
個人情報保護法に基づき、本アンケートで取得致しました個人情報につきましては、弊社内で適切に管理、保管させて頂きます。尚、本アンケートの集計作業を第三者機関に委託しますが、当該第三者機関にも個人情報の取扱いについて同等の責任を負わせ、集計後は弊社にてアンケート用紙の回収を行い適切に管理、保管致します。また、ご回答頂きました内容は、弊社製品およびサービス向上の検討以外の目的には使用致しません。集計結果は医療機関への情報提供に使用させていただきますが、個人が特定されるような情報については、上記第三者機関以外に開示することはありません。

今後の弊社サービスの向上に役立てる目的で、患者様のご意見を頂戴する場合がございます。弊社よりご連絡を差し上げても良いという方は「弊社からの連絡を許可する」をお選び下さい。許可なしに弊社よりご連絡を差し上げることは一切ございません。ご協力の程、宜しくお願い致します。

☐弊社からの連絡を許可する　　☐弊社からの連絡を許可しない