

てんかん診療連携関係者研修会 アンケート

※右の QR コードまたは以下の URL よりご回答願います。

<https://forms.office.com/r/fB6Xs8AL77>



1 御所属について、当てはまるものに○をつけてください。

- ①小学校 ②中学校 ③高等学校 ④特別支援学校
⑤市町 ⑥県の機関 ⑦その他（ ）

2 御所属の地域について、御記入ください。

() 市・町

3 職種について、当てはまるものに○をつけてください。

- ①養護(助)教諭 ②教諭 ③医師 ④保健師
⑤行政関係 ⑥医療機関従事者(医師除く) ⑦事業所
⑧保育師 ⑦幼稚園教諭
⑨その他()

4 過去に本研修を受講したことがありますか。

- ①ある ②ない

4-2 4で「ある」と回答した方にお聞きします。二回以上受講いただいた理由がありましたら御記入ください。

(理由)

5 栃木県のてんかん支援拠点病院が「自治医科大学附属病院」であることを知っていましたか。

- ①知っている ②初めて知った

5-2 5で「知っている」と回答した方にお聞きします。てんかん支援拠点病院については何で知りましたか。

- ①本研修 ②県のホームページ ③支援拠点病院のホームページ
④リーフレット ⑤生徒や保護者から ⑥職場関係の知り合いから
⑦一般病院からの情報 ⑧その他（ ）

6 今回の研修を受講された理由に○をつけてください（複数回答可）。

- ①（てんかんやけいれんのある）本人への対応を知りたい
②家族への対応について知りたい ③発作や症状を知りたい
④治療を知りたい ⑤医療との連携について知りたい

7 てんかんやけいれんのある方に関わったことがありますか。

8 今回の研修会について伺います。当てはまるものに○をつけてください。

8-2 8で回答した理由についてご記入ください。(任意)

③ _____

①参加しやすかった ②参加しにくかった ③その他

①うつ病・双極性障害 ②不安障害 ③統合失調症 ④摂食障害
⑤依存症（アルコール） ⑥依存症（薬物）
⑦依存症（ギャンブル等） ⑧依存症（ゲーム・インターネット）
⑨その他（ ）

[illegible]

ご協力ありがとうございました。