

アンケートのお願い

アンケートの目的

本アンケートは、糖尿病療養指導の質の評価及び向上を目的としています。

調査方法

本アンケートは薬剤師がシックデイ指導を行った患者さんを対象としています。必要に応じて電子カルテの検査値も調査の参考にさせていただきます。ご協力頂ける方は、別紙のアンケートにご記入をお願いします。所要時間は5分程度です。

データの取扱い

ご記入いただきました内容は、学会発表および糖尿病療養指導の品質向上に利用させていただくことがあります。その他のいかなる目的でも第三者に開示または提供することはありません。また、ご記入いただきましたアンケートは研究が終了したらすみやかに破棄します。

アンケート対象者の権利について

このアンケートに協力するか否かは自由意志で決定してください。一度同意した後でいつでも同意を取り消すことができ、それによる不利益はありません。

アンケートに協力することによる利益と不利益

本アンケートに協力することによる費用の負担はありません。協力されなくても、不利益を受けることはまったくありません。

本研究は所属長の許可を受けています。

問い合わせ先

本アンケートに関するお問い合わせは以下をお願いします。

〒501-6062

岐阜県羽島郡笠松町田代185-1

松波総合病院 薬剤部 糖尿病療養指導担当

電話番号:058-388-0111(代表)

(責任者)
松波総合病院 薬剤部
重田 和也

アンケートにご協力頂ける場合はご署名をお願いします。

お名前 _____

記入日: 年 月 日