検査後の患者アンケート

|  |
| --- |
| 記載日　日時（カレンダー表示） |
| １．大腸カプセル内視鏡検査は大変でしたか？ |
| 全般的には　　 　　　☐楽　　　☐比較的楽　　　☐普通　　　☐比較的大変　　　☐大変具体的には１．前処置の量 ☐楽　　　☐比較的楽　　　☐普通　　　☐比較的大変　　　☐大変２．ブースター量 ☐楽　　　☐比較的楽　　　☐普通　　　☐比較的大変　　　☐大変３．検査時間 ☐短　　　☐比較的短　　　☐普通　　　☐比較的長い　　　☐長い４．カプセルの飲み込みやすさ ☐楽　　　☐比較的楽　　　☐普通　　　☐比較的大変　　　☐大変５．腹痛 　　　　　　　　☐なし　　☐ほとんどなし　☐同等　　　☐少しあった　　　　☐かなりあった６．腹部膨満感 　　　　　☐なし　　☐ほとんどなし　☐同等　　　☐少しあった　　　　☐かなりあった７．恐怖感 　　　　　　　　 ☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった８．恥ずかしさ　　　　　　　　　　　☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった９．空腹感 　　　　　　　　 ☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった１０．肛門痛 　　　　　　　　 ☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった |
| 大腸内視鏡経験者のみ２．以前受けた大腸内視鏡検査と比較して大腸カプセル内視鏡検査は大変でしたか？ |
| 全般的には ☐より楽　　　☐比較的楽　　　☐同等　　　☐比較的大変　　　☐より大変具体的には１．腹痛 ☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった２．腹部膨満感 ☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった３．恐怖感 ☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった４．恥ずかしさ　　　☐なし　　　☐ほとんどなし　　　☐同等　　　☐少しあった　　☐かなりあった |
| ３．次回大腸検査を受けるとしたら？（複数回答可） |
| ☐また、大腸カプセル内視鏡を受けたい☐通常の大腸内視鏡検査を受けたい☐大腸ＣＴや注腸造影を受けたい☐もう大腸カプセル内視鏡は受けたくないその理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |