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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |