**熊本県版がん情報冊子に関するアンケート**

今後の本冊子の改定の参考とするため以下の質問事項に

ご回答の上、がん相談支援センタースタッフへお渡しくだ

さい。

1 ご記入者のことについてお答えください。

記入者　□患者　□ご家族　□医療従事者

　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　性別　□男　　□女

年齢　□20歳未満　　□20代　　□30代　　□40代

　　　　□50代　　□60代　　□70代　　□80代以上

　住居　□熊本県内（　　　　　）市・町・村　　□熊本県外

2 この冊子を入手されたのはいつですか。

□がんの疑いがあるといわれたとき

□がんの診断を受けたとき

□治療中　　□転移・再発したとき

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３ この冊子をどこから入手しましたか。

□病院　　　□がん相談支援センター　　　□保険薬局

□保健所　　□図書館　　　　　□ホームページ

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４ この冊子は役に立ちましたか。

□とても役に立った　　□役に立った　　□これから役に立ちそう

□あまり役に立たなかった　　□全く役に立たなかった

　理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５ 特に役に立った、役に立たなかった項目は何ですか。

役に立った項目（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

 役に立たなかった項目（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６ その他、冊子についてのご意見、ご感想、掲載してほしい内容等の

　 ご要望等がありましたらご記入ください。

ご協力いただきありがとうございました。