

## ご協力をお願い

### 「AYA 世代（15～39 歳）の患者さんのニーズに対する支援評価」の聴取について

当院は、都道府県がん診療連携拠点病院として、日頃からよりよいがん診療とケア支援の充実を目指しております。特に、15 歳から 39 歳の若年の患者さんの多様なニーズや困りごとを早期に把握し、今後どのようなサポートが必要か、どのような専門家につなげていくことがよいのか検討していきたいと考えています。

お答えいただいた項目につきましては、傾向を分析し、AYA 世代がん患者さんの相談窓口の明確化と、多職種支援チームの確立をめざし、ケア支援の質向上に寄与するよう努めます。お手数ですが、ぜひご協力いただけますようよろしくお願いいたします。

#### 1・対象となる方

15 歳～39 歳までの AYA 世代の患者さんです。

#### 2・目的・意義

AYA 世代特有の多様なニーズや困りごとを把握し、早期に介入することです。また、適切な専門家や専門チームへつなげることにより、患者さんのケア支援の充実を図ることです。

#### 3・個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいたニーズ等項目の傾向については、今後のケア支援の質向上のためにも分析し、学会や外部との情報共有の場等で発表する場合があります。その際は、患者さんの個人情報やプライバシーを侵すことはありません。回答者が特定される形で結果が公表されることもありません。

#### 4・同意と不同意について

この問診票への回答は患者さんの自由意志により決定されます。回答いただける内容のみご記載ください。また、一旦回答した後であってもいつでも撤回することができます。回答内容を撤回したい場合には、お手数ですが「不同意書」にご署名頂き、「がん相談支援センター」まで提出をお願いいたします。

ご不明な点やご質問などございましたら下記連絡先までお願い致します。

2023 年 7 月 19 日

〒309-1793 笠間市鯉淵 6528 TEL 0296-77-1121 (代)  
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター  
医療相談支援室・がん相談支援センター 師長 上田 真由美

## 不同意書

茨城県立中央病院 院長 殿

私は、「AYA 世代（15～39 歳）患者さんのニーズに対する支援評価」への情報提供に同意いたしません。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者様ご氏名

ご家族ご氏名

（ご本人様またはご家族様ご署名）

\*ご家族様をご署名頂いた場合は、患者様ご本人のお名前もご記入下さい。