

## 新型コロナウイルスワクチン接種に関するアンケート調査

当クリニックのワクチン接種予約はカラダメディカ(株)CARADA オンライン診療の来院予約システムで行っております。また、当クリニックでは通常の対面診察と、インターネットを介したオンライン診療を展開しております。今後、どのような改善が必要かを明らかにするため、みなさまに、アンケート調査のご協力をよろしくお願い申し上げます。もっともあてはまる項目に○を、( )内には、数字またはご意見をご記入ください。

1) あなたのご年齢、性別、お住まいについて ( )歳、 男性・女性、 宮若市内・宮若市外

2) 現在、あなたの居住状況について

- ・1世代(单身、夫妻) ・2世代(父母と同居 または 子供と同居 など)
- ・3世代(子供と父母が同居 または 孫と子供が同居) ・その他

3) 今回のワクチン接種のご予約の方法について

例 1) 自分が電話し予約した場合 ①自分 ②電話 を選択

例 2) 自分が携帯電話からインターネットで直接予約した場合 ①自分 ②携帯電話のインターネット を選択

① ・自分 ・家族 ・知人(当クリニック職員は含みません) が

② ・来院 ・電話 ・携帯電話のインターネット ・パソコンのインターネット で予約した

—来院または電話でご予約された方へ(はじめから来院もしくは電話で問題なく予約できた方は除く)—

- ・ 来院もしくは電話で連絡し、当クリニック職員が登録を試みたが、SMS 認証メッセージが届かなかった
- ・ 電話連絡せずに、はじめはインターネットで直接予約を試みたが、

① 予約方法がわからず、②SMS 認証メッセージが届かず、結局、①来院 または ②電話 して予約した

—当クリニック職員を介さず、携帯電話またはパソコンのインターネットで直接ご予約された方へ—

① ・簡単だった ・難しかった または わかりにくかった

② 難しかった、わかりにくかった点(複数選択可)

ホームページ検索、会員登録(パスワード、認証コード)、来院予約ページ検索、来院予約の選択  
その他 ( )

4) 日常生活における携帯電話やパソコン(タブレットを含む)でのメールの使用について

- ・使用しない ・携帯電話で使用する ・パソコンで使用する ・両方で使用する

—使用されていない方へ複数選択可—

- ・誰かにメールの使い方を教えてもらえれば、 使用できる 使用したい
- ・今後も自分でメールは使用しないだろう

(次項に続きます)

5) 日常生活における携帯電話やパソコン(タブレットを含む)での**テレビ電話**の使用について

- ・使用していない
- ・携帯電話で使用する
- ・パソコンで使用する
- ・両方で使用する

—使用されていない方へ(複数選択可)—

- ・誰かにテレビ電話の使い方を教えてもらえれば、 使用できる  使用したい
- ・今後も自分でテレビ電話は使用しないだろう

6) 携帯電話やパソコン(タブレットを含む)での**インターネットを介した生活情報**の入手について

- ・インターネットで入手しない
- ・携帯電話で入手する
- ・パソコンで入手する
- ・両方で入手する

## 7) 携帯電話やパソコン(タブレットを含む)での

**インターネットを介した旅館(ホテル)・観光・イベントなどのご予約**について

- ・インターネットで予約しない
- ・携帯電話でインターネットから予約する
- ・パソコンでインターネットから予約する
- ・両方でインターネットから予約する

—インターネットで予約されない方へ(複数選択可)—

- ・誰かに教えてもらえれば、インターネットで  予約できる  予約したい
- ・今後も自分でインターネットから予約しないだろう；  電話で予約する  旅行代理店に行き予約する

8) **オンライン診療**(インターネットを介した医師との Web 診察)について

- ① 利用したことがある  聞いたことはある  知らない
- ② 今後、  利用したい  利用しないだろう  利用しない

9) オンライン診療で**不安**に感じること(複数選択可)

スマートフォン(携帯電話)・パソコンの操作  個人情報の流出  対応医師への信頼性

その他 (  )

アンケートは以上となります、ご協力頂き、ありがとうございました。みなさまのご氏名・接種券の情報は使用せず、アンケート調査内容のみを集計し、医療の学会・学術論文での報告と、オンライン診療の再考としてカラダメディア(株)への情報共有にご利用させていただきたく存じます(調査期間：令和3年6月15日－令和4年12月31日、報告期間：令和3年7月1日－令和5年3月31日)。ご理解いただける方は、以下の同意欄に日付とご氏名の記入を宜しくお願い申し上げます。

わたしは、このアンケート調査の結果集計が、  
オンライン予約とオンライン診療の改善に貢献することを目的として報告されることに同意します。

令和 年 月 日 氏名： \_\_\_\_\_

アンケート調査実施機関 医療法人 敬愛会 けいあいクリニック  
医師 白井 剛、増田 吉朗、後藤 誠一