

## エコーセミナーアンケート

御施設名

御名前

---

問1、エコーセミナーを受講される方の経験について教えてください。はいの方は経験された症例数をお書きください。

- |                  |      |                             |        |
|------------------|------|-----------------------------|--------|
| 1、DVTの検査をおこなっている | はい ( | <u>                    </u> | 例)・いいえ |
| 2、頸動脈の検査をおこなっている | はい ( | <u>                    </u> | 例)・いいえ |
| 3、下肢静脈瘤の検査を行っている | はい ( | <u>                    </u> | 例)・いいえ |

問2、下肢静脈瘤の患者さんに対しての超音波検査を行っている担当に○をしてください。また、検査にかかる時間について教えてください。

- |            |           |      |           |
|------------|-----------|------|-----------|
| 1、初診時      | 医師・臨床検査技師 | 所要時間 | 分 (両肢/片足) |
| 2、手術前マッピング | 医師・臨床検査技師 | 所要時間 | 分 (両肢/片足) |
| 3、手術後経過観察  | 医師・臨床検査技師 | 所要時間 | 分 (両肢/片足) |

問3、所見はどのように書いていますか？

- 1、文字のみで箇条書き
- 2、シェーマを作成

問4、エコーセミナーを受講される臨床検査技師の方は下肢静脈瘤のレーザー治療をごらんになったことがありますか？○をお付け下さい。

はい (動画・実際の手技) ・ いいえ

問5、今回のエコーセミナーで知りたいこと、検査の時に困っていることなどをご自由にお書きください

---

---

---

以上です。ご協力ありがとうございました。

### 【送付先】

大原総合病院 臨床検査センター

FAX : 024 (526) 0326

TEL : 024 (526) 0326