

# 整形外科医師を対象とした就業状況の現状と健康に関する調査



< 設問は48問、8ページとなっております。回答所要時間は10分程度です。回答をもって調査への同意とみなします。>

## 基本情報

Q1. あなたの年齢を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 25~29歳	<input type="checkbox"/> 2 30~39歳	<input type="checkbox"/> 3 40~49歳	<input type="checkbox"/> 4 50~59歳	<input type="checkbox"/> 5 60歳以上
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Q2. あなたの性別を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 男性	<input type="checkbox"/> 2 女性
-------------------------------	-------------------------------

Q3. 整形外科医師としての経験年数を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 3年未満	<input type="checkbox"/> 2 3~5年未満	<input type="checkbox"/> 3 5~10年未満	<input type="checkbox"/> 4 10~15年未満
<input type="checkbox"/> 5 15~20年未満	<input type="checkbox"/> 6 20年以上		

## 健康状態について

Q4. 現在タバコを吸っていますか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 はい	<input type="checkbox"/> 2 いいえ	<input type="checkbox"/> 3 以前吸っていたがやめた
-------------------------------	--------------------------------	--

Q5. 過去1ヶ月間のあなたの飲酒の頻度について、下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 飲まない	<input type="checkbox"/> 2 週1~2日	<input type="checkbox"/> 3 週3~5日	<input type="checkbox"/> 4 ほぼ毎日
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Q6. 過去1ヶ月間、30分以上の汗をかくような運動をしていますか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 していない	<input type="checkbox"/> 2 週1~2日	<input type="checkbox"/> 3 週3~5日	<input type="checkbox"/> 4 ほぼ毎日
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Q7. 現在の自分自身の健康状態についてどう思いますか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 健康である	<input type="checkbox"/> 2 やや健康である	<input type="checkbox"/> 3 あまり健康ではない	<input type="checkbox"/> 4 健康ではない
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Q8. 病気やケガがないときに発揮できる仕事の出来を100%として、過去1ヶ月間のあなたの仕事の出来を評価してください。

( ) % ※0~100%で回答してください。

## 主に勤務している医療機関について

Q9. あなたの主に勤務している医療機関の種類を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 無床診療所	<input type="checkbox"/> 2 有床診療所	<input type="checkbox"/> 3 病院（大学病院）	<input type="checkbox"/> 4 病院（大学病院以外）
<input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 6 その他( )		

Q10. あなたの主に勤務している医療機関における勤務形態を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 1 常勤（週4日以上勤務）	<input type="checkbox"/> 2 非常勤	<input type="checkbox"/> 3 休職中	<input type="checkbox"/> 4 その他( )
--	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

## 主に勤務している医療機関について

Q11. あなたの主に勤務している医療機関の**整形外科**の病床数を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 無床	<input type="checkbox"/> 1~19床	<input type="checkbox"/> 20~49床	<input type="checkbox"/> 50~99床	<input type="checkbox"/> 100~199床	<input type="checkbox"/> 200床以上
-----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Q12. あなたの主に勤務している医療機関の**整形外科**の医師数（週4日以上勤務している医師）をお答えください。

( )名

## あなたの勤務状況について

Q13. この1週間、主に勤務している**医療機関に滞在した総労働時間**（診療時間、診療外時間（研究・教育・研鑽）、日当直による待機時間の合計）を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 40時間未満	<input type="checkbox"/> 40~50時間未満	<input type="checkbox"/> 50~60時間未満	<input type="checkbox"/> 60~70時間未満
<input type="checkbox"/> 70~80時間未満	<input type="checkbox"/> 80~100時間未満	<input type="checkbox"/> 100時間以上	

Q13-a. この1週間、上記の総労働時間以外で、外勤など**他院での労働時間**（当直も含む）を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 4~8時間未満	<input type="checkbox"/> 8~12時間未満	<input type="checkbox"/> 12~20時間未満
<input type="checkbox"/> 20~30時間未満	<input type="checkbox"/> 30~40時間未満	<input type="checkbox"/> 40時間以上	

Q13-b. この1週間、上記の総労働時間以外に、医療機関外での自己研鑽（学会発表準備・学会参加・論文作成・論文検索など）に費やした時間はどれくらいですか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 4~8時間未満	<input type="checkbox"/> 8~12時間未満	<input type="checkbox"/> 12~20時間未満
<input type="checkbox"/> 20~30時間未満	<input type="checkbox"/> 30~40時間未満	<input type="checkbox"/> 40時間以上	

Q14. この1週間の外来で診察した合計人数を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 0人	<input type="checkbox"/> 1~50人未満	<input type="checkbox"/> 50~100人未満	<input type="checkbox"/> 100~200人未満
<input type="checkbox"/> 200~500人未満	<input type="checkbox"/> 500~1000人未満	<input type="checkbox"/> 1000~2000人未満	<input type="checkbox"/> 2000人以上

Q15. この1週間の主治医としての入院患者受け持ち人数の一日平均を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 0人	<input type="checkbox"/> 1~5人未満	<input type="checkbox"/> 5~10人未満	<input type="checkbox"/> 10~20人未満
<input type="checkbox"/> 20~30人未満	<input type="checkbox"/> 30~50人未満	<input type="checkbox"/> 50人以上	

Q16. この1ヶ月間で主に勤務する医療機関において連続で勤務した時間（診療時間、診療外時間（研究・教育・研鑽）、日当直の時間の合計）が28時間を超えたことは何回ありましたか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~4回	<input type="checkbox"/> 5~9回	<input type="checkbox"/> 10回以上
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Q17. この1ヶ月間で勤務間のインターバル（病院を退勤してから再び病院に出勤するまでの時間）が9時間未満だったことは何回ありましたか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~4回	<input type="checkbox"/> 5~9回	<input type="checkbox"/> 10回以上
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

## あなたの勤務状況について

Q18. この1ヶ月間に宅直・オンコールは何回ありましたか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~4回	<input type="checkbox"/> 5~9回	<input type="checkbox"/> 10~14回	<input type="checkbox"/> 15回以上
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Q19. この1ヶ月間で労働時間外（宅直・オンコールではない時間）に医療機関から連絡（電話・メールなど）があった回数を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1~4回	<input type="checkbox"/> 5~9回	<input type="checkbox"/> 10~14回	<input type="checkbox"/> 15回以上
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Q19で連絡があったと答えた方のみ回答してください

Q19-a. この1ヶ月間でQ19の結果、医療機関に出勤した回数を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1~4回	<input type="checkbox"/> 5~9回	<input type="checkbox"/> 10~14回	<input type="checkbox"/> 15回以上
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Q20. この1ヶ月間に夜間の当直（日直は除く）は何回ありましたか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~4回	<input type="checkbox"/> 5~9回	<input type="checkbox"/> 10~14回	<input type="checkbox"/> 15回以上
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

以下Q20-a、Q20-bは当直「あり」の方のみ回答してください

Q20-a. この1ヶ月間の当直の際の平均睡眠時間を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 2時間未満	<input type="checkbox"/> 2~4時間未満	<input type="checkbox"/> 4~6時間未満	<input type="checkbox"/> 6時間以上
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Q20-b. この1ヶ月間の当直翌日の勤務について、当てはまるものを1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 当直明けはすぐに帰宅可能	<input type="checkbox"/> 自分の外来や手術等がなければ帰宅可能	<input type="checkbox"/> 午前中のみ勤務
<input type="checkbox"/> 通常の日勤勤務	<input type="checkbox"/> その他( )	

Q21. この1ヶ月間の夜間の当直日以外の平均睡眠時間を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 4~6時間未満	<input type="checkbox"/> 6~8時間未満	<input type="checkbox"/> 8時間以上
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Q22. この1ヶ月間で休みの日（全く医療機関に行かなかった日）は何日ありましたか。下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 0日	<input type="checkbox"/> 1~4日	<input type="checkbox"/> 5~7日	<input type="checkbox"/> 8日以上
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Q23. この半年間で患者さんやその家族から不当なクレームやトラブルはありましたか？ 下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1~3回	<input type="checkbox"/> 4~6回	<input type="checkbox"/> 6回以上
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Q24. この1年間の有給休暇取得日数（夏季休暇を除く）を下記から1つ選択してください。

<input type="checkbox"/> 有給はない	<input type="checkbox"/> 0日	<input type="checkbox"/> 1~4日	<input type="checkbox"/> 5~10日	<input type="checkbox"/> 11~20日	<input type="checkbox"/> 21日以上
--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

## あなたの放射線被ばくについて

Q25. この <u>半年間</u> で從事した放射線を扱う診療業務はどれですか。(複数回答可)			
<input type="checkbox"/> _1 手術	<input type="checkbox"/> _2 脊髄造影	<input type="checkbox"/> _3 神経根ブロック	<input type="checkbox"/> _4 その他の造影検査
<input type="checkbox"/> _5 透視検査	<input type="checkbox"/> _6 撮影介助	<input type="checkbox"/> _7 その他( )	

Q26. この <u>半年間</u> で上記のような放射線を扱う診療業務は、1週間あたり平均で何時間ありましたか？			
<input type="checkbox"/> _1 放射線業務にかかわらない	<input type="checkbox"/> _2 1時間未満	<input type="checkbox"/> _3 1~2時間未満	<input type="checkbox"/> _4 2~4時間未満
<input type="checkbox"/> _5 4~8時間未満	<input type="checkbox"/> _6 8~16時間未満	<input type="checkbox"/> _7 16時間以上	

Q27. 放射線を扱う可能性のある <u>手術</u> の際に、あなたが普段使用している放射線防護具はどれですか？(複数回答可)				
<input type="checkbox"/> _1 防護エプロン(体幹)	<input type="checkbox"/> _2 防護エプロン(前掛け)	<input type="checkbox"/> _3 防護ゴーグル	<input type="checkbox"/> _4 防護カラー(頸部)	<input type="checkbox"/> _5 防護手袋

Q28. 放射線を扱う可能性のある <u>手術</u> の際に、あなたは放射線バッジをどこに着用していますか(複数回答可)					
<input type="checkbox"/> _1 胸腹部	<input type="checkbox"/> _2 手・手袋	<input type="checkbox"/> _3 眼(の近く)	<input type="checkbox"/> _4 頭頸部	<input type="checkbox"/> _5 未着用	<input type="checkbox"/> _6 その他

Q29. 放射線を扱う可能性のある <u>検査</u> の際に、あなたが普段使用している放射線防護具はどれですか？(複数回答可)				
<input type="checkbox"/> _1 防護エプロン(体幹)	<input type="checkbox"/> _2 防護エプロン(前掛け)	<input type="checkbox"/> _3 防護ゴーグル	<input type="checkbox"/> _4 防護カラー(頸部)	<input type="checkbox"/> _5 防護手袋

Q30. 放射線を扱う可能性のある <u>検査</u> の際に、あなたは放射線バッジをどこに着用していますか(複数回答可)					
<input type="checkbox"/> _1 胸腹部	<input type="checkbox"/> _2 手・手袋	<input type="checkbox"/> _3 眼(の近く)	<input type="checkbox"/> _4 頭頸部	<input type="checkbox"/> _5 未着用	<input type="checkbox"/> _6 その他

Q31. 手術中の放射線照射時間を記録していますか？					
<input type="checkbox"/> _1 記録している			<input type="checkbox"/> _2 記録していない		

## この1週間のあなたの状態に最も近いものを各項目1つ選択してください (Q32～Q47)

Q32. 寝つき	
<input type="checkbox"/> _0	問題ない(または寝つくのに30分以上かったことは1度もない)
<input type="checkbox"/> _1	寝つくのに30分以上かったこともあるが、(1週間の)半分以下である
<input type="checkbox"/> _2	寝つくのに30分以上かったことが、(1週間の)半分以上ある
<input type="checkbox"/> _3	寝つくのに60分以上かったことが、(1週間の)半分以上ある

Q33. 夜間の睡眠	
<input type="checkbox"/> _0	問題ない(または、夜間に目が覚めたことはない)
<input type="checkbox"/> _1	落ち着かない浅い眠りで、何回か短く目が覚めたことがある
<input type="checkbox"/> _2	毎晩少なくとも1回は目が覚めるが、難なくまた眠ることができる
<input type="checkbox"/> _3	毎晩1回以上目が覚め、そのまま20分以上眠れないことが、(1週間の)半分以上ある

**この1週間のあなたの状態に最も近いものを各項目1つ選択してください (Q32~Q47)**

Q34. 早く目が覚めすぎる	
<input type="checkbox"/> 0	問題ない (またはほとんどの場合、目が覚めるのは起きなくてはいけない時間のせいぜい30分前である)
<input type="checkbox"/> 1	週の半分以上、起きなくてはならない時間より30分以上早く目が覚める
<input type="checkbox"/> 2	ほとんどいつも、起きなくてはならない時間より1時間以上早く目が覚めてしまうが、最終的にはまた眠ることができる
<input type="checkbox"/> 3	起きなくてはならない時間よりも1時間以上早く起きてしまい、もう一度眠ることができない

Q35. 眠りすぎる	
<input type="checkbox"/> 0	問題ない (または、夜間7~8時間以上眠ることはなく、日中に昼寝をすることもない)
<input type="checkbox"/> 1	24時間のうち眠っている時間は、昼寝を含めて10時間ほどである
<input type="checkbox"/> 2	24時間のうち眠っている時間は、昼寝を含めて12時間ほどである
<input type="checkbox"/> 3	24時間のうち昼寝を含めて12時間以上眠っている

Q36. 悲しい気持ち	
<input type="checkbox"/> 0	悲しいとは思わない
<input type="checkbox"/> 1	悲しいと思うことは、半分以下の時間である
<input type="checkbox"/> 2	悲しいと思うことが半分以上の時間ある
<input type="checkbox"/> 3	ほとんどすべての時間、悲しいと感じている

Q37、Q38は <u>いずれか</u> の設問に回答してください。	
Q37. 食欲低下	Q38. 食欲増進
<input type="checkbox"/> 0	普段の食欲と変わらない
<input type="checkbox"/> 1	普段よりいくぶん食べる回数または量が少ない
<input type="checkbox"/> 2	普段よりかなり食べる量が少なく、食べるよう努めないといけない
<input type="checkbox"/> 3	まる1日(24時間)ほとんどものを食べない。極めて強く食べようと努めたり、誰かに食べるよう説得されたときは食べる。
<input type="checkbox"/> 0	普段の食欲と変わらない
<input type="checkbox"/> 1	普段より頻回に食べないと感じ
<input type="checkbox"/> 2	普段と比べて、常に食べる回数・量が多い
<input type="checkbox"/> 3	食事中も食間も、食べすぎる衝動にかられている

Q39、Q40は <u>いずれか</u> の設問に回答してください。	
Q39. 体重減少(最近2週間で)	Q40. 体重増加(最近2週間で)
<input type="checkbox"/> 0	体重は変わっていない
<input type="checkbox"/> 1	少し体重が減った気がする
<input type="checkbox"/> 2	1キロ以上減った
<input type="checkbox"/> 3	2キロ以上減った
<input type="checkbox"/> 0	体重は変わっていない
<input type="checkbox"/> 1	少し体重が増えた気がする
<input type="checkbox"/> 2	1キロ以上増えた
<input type="checkbox"/> 3	2キロ以上増えた

**この1週間のあなたの状態に最も近いものを各項目1つ選択してください (Q32～Q47)**

**Q41. 集中力・決断**

<input type="checkbox"/> 0	集中力や決断力は普段とかわらない
<input type="checkbox"/> 1	ときどき決断しづらくなっているように感じたり、注意が散漫になるように感じる
<input type="checkbox"/> 2	ほとんどの時間、注意を集中したり、決断を下すのに苦労する
<input type="checkbox"/> 3	ものを読むことも十分にできなかったり、小さなことですら決断できないほど集中力が落ちている

**Q42. 自分についての見方**

<input type="checkbox"/> 0	普段とかわらない（または自分のことを他の人と同じくらい価値があつて、援助に値する人間だと思う）
<input type="checkbox"/> 1	普段よりも自分を責めがちである
<input type="checkbox"/> 2	自分が他の人に迷惑をかけているとかなり信じている
<input type="checkbox"/> 3	自分の大小様々な欠点について、ほとんど常に考えている

**Q43. 死や自殺についての考え方**

<input type="checkbox"/> 0	死や自殺について考へることはない
<input type="checkbox"/> 1	人生を空っぽに感じ、生きている価値があるかどうか疑問に思う
<input type="checkbox"/> 2	自殺や死について、1週間に数回、数分間にわたって考へることがある
<input type="checkbox"/> 3	自殺や死について1日に何回か細部にわたって考へる、または、具体的な自殺の計画を立てたり、実際に死のうとしたことがあった

**Q44. 一般的な興味**

<input type="checkbox"/> 0	他人のことやいろいろな活動についての興味は普段と変わらない
<input type="checkbox"/> 1	人々や活動について、普段より興味が薄れないと感じる
<input type="checkbox"/> 2	以前好んでいた活動のうち、1つか2つのことにしか興味がなくなっていると感じる
<input type="checkbox"/> 3	以前好んでいた活動に、ほとんどまったく興味がなくなっている

**Q45. エネルギーのレベル**

<input type="checkbox"/> 0	普段のエネルギーのレベルと変わりない
<input type="checkbox"/> 1	普段よりも疲れやすい
<input type="checkbox"/> 2	普段の日常の活動（例えば、買い物、宿題、料理、出勤など）をやり始めたり、やりとげるために、大きな努力が必要である
<input type="checkbox"/> 3	ただエネルギーがないという理由だけで、日常の活動のほとんどが実行できない

**Q46. 動きが遅くなった気がする**

<input type="checkbox"/> 0	普段どおりの速さで考えたり、話したり、動いたりしている
<input type="checkbox"/> 1	頭の動きが遅くなっていたり、声が単調で平坦に感じる
<input type="checkbox"/> 2	ほとんどの質問に答えるのに何秒かかり、考えが遅くなっているのがわかる
<input type="checkbox"/> 3	最大の努力をしないと、質問に答えられないことがしばしばである

**この1週間のあなたの状態に最も近いものを各項目1つ選択してください (Q32~Q47)**

Q47. 落ち着かない	
<input type="checkbox"/> 0	落ち着かない気持ちはない
<input type="checkbox"/> 1	しばしばそわそわしていて、手をもんだり、座り直したりせずにはいられない
<input type="checkbox"/> 2	動き回りたい衝動があって、かなり落ち着かない
<input type="checkbox"/> 3	座り続けることが難しくなり、歩き回っていることがある

**あなたの健康状態について**

	いつもある	しばしばある	時々ある	まれにある	ない
1) こんな仕事、もうやめたいと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2) われを忘れるほど仕事に熱中することがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3) こまごまと気くばりすることが面倒に感じることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4) この仕事は私の性分に合っていると思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5) 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6) 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7) 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
8) 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9) 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10) 同僚や患者と、何も話したくななることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
11) 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
12) 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
13) 今の仕事に、心から喜びを感じることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
14) 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
15) 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎることがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
16) 体も気持ちも疲れはてたと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
17) われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

<整形外科医の健康に関するご意見>

整形外科医師の健康支援について貴院での実際の取り組みなどございましたらお教えください。

また、本調査に対するご意見などもご記入ください。

ご協力いただき、ありがとうございました。

<貴院での実際の取り組み>

<本調査に関するご意見>

本調査に含まれる指標についてのフィードバックです。ご興味のある方はご覧ください。

URL <https://joasurvey.net/thanks.html>

QRコード

