

光線療法に関するアンケート

ご回答期限：2021年6月19日

本日はお忙しい中、本アンケートにご協力いただきまして、誠にありがとうございます。
ご記入いただきましたアンケートは、(株)インフォワード宛に FAX でご送付お願いいたします。
尚、本アンケートにご回答いただいた情報は、個人情報保護方針に則り取扱い致します。
(詳しくは当社ホームページのプライバシーポリシーをご覧ください。<https://www.inforward.co.jp>)

(株)インフォワード

ご所属(ご施設名) ※必須

お名前 ※必須

ご住所 ※必須

TEL ※必須 / FAX

E-mail

光線療法について

Q1: 経験された治療法を選択してください。(複数選択可)

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PUVA 療法 | <input type="checkbox"/> ブロードバンド UVB 療法 |
| <input type="checkbox"/> ナローバンド UVB 療法 | <input type="checkbox"/> エキシマライト療法 |

導入されている紫外線治療器について

紫外線治療器を導入されていない先生は Q10へお進みください。

ナローバンド UVB 機器もしくはエキシマライト機器を導入されている先生にお尋ねします。

Q2: 治療に使われている紫外線治療器と疾患の組み合わせを教えてください。

該当する「機器名」、「疾患名」を○で囲ってください。(複数選択可)

光源	機器名	疾患名
ナローバンド UVB	ダブリン3 ダブリン7 ワルドマン UV7002 デルマレイ200/ 400 / 800 オリオン UV100L / UV802L JTRAC	乾癬 白斑 アトピー性皮膚炎 掌蹠膿疱症 円形脱毛症 結節性痒疹 その他()
エキシマライト	セラビーム mini / Slim エキシライト μ VTRAC エクシス model 50 / model 100 エキシマシステム 308 エキシプレックス	乾癬 白斑 アトピー性皮膚炎 掌蹠膿疱症 円形脱毛症 結節性痒疹 その他()
その他 ()	その他 ()	乾癬 白斑 アトピー性皮膚炎 掌蹠膿疱症 円形脱毛症 結節性痒疹 その他()

ナローバンド UVB (TARNAB を除く)を導入されている先生にお尋ねします。

Q3: ナローバンド UVB を導入された理由は何ですか? (複数選択可)

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 臨床実績が多く報告されているから | <input type="checkbox"/> 皮疹が広範囲に及ぶ患者が多いから |
| <input type="checkbox"/> 効果が高いから | <input type="checkbox"/> 副作用が少ないから |
| <input type="checkbox"/> 価格が安いから | <input type="checkbox"/> 患者様のご希望 |
| <input type="checkbox"/> 手間がかからないから | <input type="checkbox"/> 導入しているクリニックが多いから |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

Q4: ナローバンド UVB をお使いになられて、どう感じますか？

- 満足 やや満足 どちらともいえない やや不満 不満

Q4にお答えいただいた先生にお尋ねします。

何故そのようにお感じになられたのか、具体的な理由があればお教えてください。

()

Q5: ナローバンド UVB でお困りのことはございますか？(複数選択可)

- 治療効果 ヒリツキ、赤み、色素沈着などの副作用
 機器の操作性 機器のサイズ 機器の大きさ
 機器の起動時間 処置の時間 遮光の手間
 処置スペースの確保
 その他()

エキシマライトを導入されている先生にお尋ねします。

Q6: エキシマライトを導入された理由は何ですか？(複数選択可)

- 部分的な皮疹の患者が多いから 効果が高いから
 副作用が少ないから ナローバンド UVB と異なる波長だったから
 照射時間が短いから 価格が安いから
 省スペースだから 移動できるから
 導入しているクリニックが多いから
 その他()

Q7: エキシマライトをお使いになられて、どう感じますか？

- 満足 やや満足 どちらともいえない やや不満 不満

Q7にお答えいただいた先生にお尋ねします。

何故そのようにお感じになられたのか、具体的な理由があればお教えてください。

()

Q8: エキシマライトでお困りのことはございますか？(複数選択可)

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 治療効果 | <input type="checkbox"/> ヒリツキ、赤み、色素沈着などの副作用 | |
| <input type="checkbox"/> 機器の操作性 | <input type="checkbox"/> 機器の重量 | <input type="checkbox"/> 機器の大きさ |
| <input type="checkbox"/> 機器の起動時間 | <input type="checkbox"/> 処置スペースの確保 | <input type="checkbox"/> 処置の時間 |
| <input type="checkbox"/> 遮光など処置準備の手間 | <input type="checkbox"/> メンテナンス費用 | |
| <input type="checkbox"/> その他(| |) |

紫外線治療器の増設について

Q9: どのような機器であれば、現状の診療に加えたいと思いますか？

※該当するものがあれば選択してください。(複数選択可能)

- | | |
|------------------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> お使いの機器よりも効果が期待できる機器 | |
| <input type="checkbox"/> お使いの機器と併用して効果が期待できる機器 | |
| <input type="checkbox"/> 副作用の少ない機器 | |
| <input type="checkbox"/> 処置の時間が短くなる機器 | |
| <input type="checkbox"/> 価格が安い機器 | |
| <input type="checkbox"/> メンテナンス費用が安い機器 | |
| <input type="checkbox"/> 往診や在宅治療でも使える機器 | |
| <input type="checkbox"/> その他(|) |

→ TARNAB をお使いの先生は、Q12へお進みください。

ナローバンド UVB (TARNAB 以外) 機器もしくはエキシマライト機器を導入されている先生への設問は、Q9で終了となります。アンケートにご協力ありがとうございました。アンケートのご回答を FAX にてご送付いただきました先生には、のちほど弊社から「第 37 回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会共催 光線療法セミナーの見逃し配信」の視聴サイトの URL とパスワードを連絡いたします。

紫外線治療器の導入について

紫外線治療器を導入されていない先生にお尋ねします。(Q1 から続き)

Q10: 紫外線治療器を導入されない理由は何でしょうか?(複数選択可)

- | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 機器が高額だから | <input type="checkbox"/> 患者様のニーズがないと思うから |
| <input type="checkbox"/> 新たに導入する余裕がないから | <input type="checkbox"/> 処置にあたるスタッフが必要になるから |
| <input type="checkbox"/> スペースがないから | <input type="checkbox"/> 時間がかかるから |
| <input type="checkbox"/> 効果に疑問があるから | <input type="checkbox"/> 薬剤など他の治療で満足しているから |
| <input type="checkbox"/> 紫外線療法のプルトコールがよくわからないから | |
| <input type="checkbox"/> 紫外線治療器をほとんど使ったことがないから | |
| <input type="checkbox"/> どの機器を選んでよいかわからないから | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

Q11: どのような条件が揃えば今後紫外線治療器を使ってみたいと思いますか?

※該当するものがあれば選択してください。(複数回答可能)

- | | |
|---------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> スタッフの増員など体制が整ったら使ってみたい。 | |
| <input type="checkbox"/> 機器購入には不安があるので短期間でのレンタルプランがあれば使ってみたい。 | |
| <input type="checkbox"/> 紫外線治療のプロトコールがわかれば使ってみたい。 | |
| <input type="checkbox"/> 専門的に導入されている先生の意見を聞いてから判断してみたい。 | |
| <input type="checkbox"/> 価格が安くなったら使ってみたい。 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

Q11で紫外線治療器を使ってみたいとお答えになった先生にお尋ねします。

紫外線治療器を使用してみたい疾患はございますか?(複数選択可)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 乾癬 | <input type="checkbox"/> 白斑 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 円形脱毛症 | <input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症 | <input type="checkbox"/> 結節性痒疹 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

紫外線治療器を導入されていない先生への設問は、Q11で終了となります。

アンケートにご協力ありがとうございました。アンケートのご回答を FAX にてご送付いただきました先生には、のちほど弊社から「第 37 回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会共催 光線療法セミナーの見逃し配信」の視聴サイトの URL とパスワードを連絡いたします。

TARNABについて

TARNAB を導入されている先生にお尋ねします。(Q9から続き)

Q12: TARNAB を導入された理由は何ですか?(複数選択可)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 小型・軽量だから | <input type="checkbox"/> 持ち運べるから |
| <input type="checkbox"/> 副作用が少なそうだから | <input type="checkbox"/> 患者様の満足度が高いから |
| <input type="checkbox"/> 効果がありそうだったから | <input type="checkbox"/> 他の UV 機器と併用して効果を高めなかったから |
| <input type="checkbox"/> 価格が安いから | <input type="checkbox"/> メンテナンスの費用が他製品よりも安いから |
| <input type="checkbox"/> その他(|) |

Q13: TARNAB で効果が高いと感じられる疾患はありますか?(複数選択可)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 乾癬 | <input type="checkbox"/> 白斑 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 円形脱毛症 | <input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症 | <input type="checkbox"/> 結節性痒疹 |
| <input type="checkbox"/> その他(| |) |

Q13にお答えいただいた先生にお尋ねします。

具体的な例があれば教えてください。(耳の裏の乾癬に効果高かったなど)

()

Q14: TARNAB で比較的効果が低いと感じられる疾患はありますか?(複数選択可)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 乾癬 | <input type="checkbox"/> 白斑 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 円形脱毛症 | <input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症 | <input type="checkbox"/> 結節性痒疹 |
| <input type="checkbox"/> その他(| |) |

Q14にお答えいただいた先生にお尋ねします。

具体的な例があれば教えてください。

(エキシマライトで効果がない●●に使ったが、TARNAB でも効果出なかったなど)

()

Q15: TARNAB をお使いになられて、どう感じますか？

満足 やや満足 どちらともいえない やや不満 不満

Q15にお答えいただいた先生にお尋ねします。

具体的にお感じになられていることがあればお教えてください。

(_____)

TARNAB を導入されている先生への設問は、Q15で終了となります。

アンケートにご協力ありがとうございました。アンケートのご回答を FAX にてご送付いただきました先生には、のちほど弊社から「第 37 回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会共催 光線療法セミナーの見逃し配信」の視聴サイトの URL とパスワードを連絡いたします。