

MICHIGAN MEDICINE

パートナー イン ケア アンケート - 18 + 歳の患者

Partners in Care Questionnaire - Patients 18+ years old (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ミシガン・メディスンでは、健康的な食事をする、安全で暖かい住居を持つことなどの基本的なニーズは、健康全般に影響を及ぼすと考えています。あなたの基本的なニーズについてお尋ねします。そして必要な場合は、クリニックやゲスト・アシスタンス・プログラムのソーシャルワーカーがリソースを紹介いたします。

At Michigan Medicine, we believe that basic needs like access to healthy foods and a safe warm home influence your overall health. We would like to ask you about your basic needs, so that our social workers in the clinic and at the Guest Assistance Program can connect you with resources if wanted or needed.

以下の質問に当てはまる答えにチェックマークを付けてください。あなたが患者でない場合は、あなたが患者であるかのように質問 1~9 に答えてください。

Please check your answers to the questions below. If you are not the patient – please answer questions 1-9 as if you were the patient.

用紙に記入する人の名前と関係: \_\_\_\_\_

Name and relationship of person completing form: \_\_\_\_\_

1. 医療費 : Health Care Financial

a. 医療保険に加入するのに援助が必要ですか? Do you need help with getting medical insurance?

はい Yes  いいえ No

b. 過去 12 か月間、お金を節約するために薬を飲まなかったことがありましたか?  
In the last 12 months, did you skip medications to save money?

はい Yes  いいえ No

c. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes  いいえ No

d. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes  いいえ No

2. バーチャル診療 : Virtual Care:

a. ご自身の健康管理のために(スマートフォン、モバイルアプリ、患者ポータルなどの)テクノロジーをどの程度うまく (抵抗なく) 使用できますか?

How would you describe your comfort level with using technology (smart phones, mobile apps, patient portals) to access your health care?

全くうまく使えない Not at all comfortable  ややうまく使える Slightly comfortable

使うことに抵抗があるわけでもないわけでもない Neither comfortable nor uncomfortable

どちらかというとうまく使える Rather comfortable  とてもうまく使える Very comfortable

b. 自宅でインターネットに接続して、医療担当者とのリアルタイムのビデオ診療に参加することが可能ですか?  
Do you have internet access in your home that would allow you to participate in a real time video visit with your provider?

はい Yes  いいえ No

c. 医療担当者とのバーチャル診療への参加を可能にするラップトップ、コンピューター、スマートフォン、またはタブレットなどの機器にアクセスできますか。

Do you have access to a device that would allow you to participate in virtual care with your provider, such as a laptop, computer, smartphone or tablet?

はい Yes  いいえ No

d. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

**MICHIGAN MEDICINE**

パートナー イン ケア アンケート - 18+ 歳の患者

Partners in Care Questionnaire - Patients 18+ years old (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

e. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**3. 食料不安: Food Insecurity:**

a. 過去 12 ヶ月以内に、食費に使うお金ができる前に（今ある）食料品がなくなるのではないかと心配になったことがあります。Within the past 12 months, you worried that your food would run out before you got the money to buy more.

一度もありません Never true       ときどきあります Sometimes true       しばしばあります Often true

b. 過去 12 ヶ月以内に、購入した食料品が続かず更に買い足すお金がなかったことがあります。Within the past 12 months, the food you bought just didn't last and you didn't have money to get more.

一度もありません Never true       ときどきあります Sometimes true       しばしばあります Often true

c. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

d. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**4. 住宅と光熱費 : Housing and Utilities:**

a. 過去12 ヶ月以内に、光熱費を支払わなかったために電気、水道、ガスなどを止められたことはありましたか?

In the last 12 months, has the utility company shut off your service for not paying your bills?

はい Yes       いいえ No

b. 今後 2、3 か月以内に、持ち家、借家、シェアハウスなどの安全に生活できる場所が確保できなくなるかもしれないと心配していますか?

Are you worried that within the next few months you may not have safe housing that you own, rent or share?

はい Yes       いいえ No

c. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

d. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**5. 交通手段の必要性 : Transportation Needs:**

a. 過去 12 ヶ月以内に、交通手段がないために医療機関の予約に行くことができなかつたり、薬を入手することができなかったことがありますか?

In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments or from getting medications?

はい Yes       いいえ No

**MICHIGAN MEDICINE**

パートナー イン ケア アンケート - 18 + 歳の患者

Partners in Care Questionnaire - Patients 18+ years old (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

- b. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

- c. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**6. 育児や高齢者の介護: Child or Elder care:**

- a. 過去4週間の間に、託児所や高齢者介護や他の人の介護を手配することが仕事や勉強、通院の支障になりましたか?

In the last 4 weeks, did getting childcare or elder care, or care for another person make it difficult to work, study or get to medical visits?

はい Yes       いいえ No

- b. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

- c. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**7. 社会的孤立: Social Isolation:**

過去12か月間にどのくらいの頻度で、自分は他の人から孤立していると感じましたか?

Within the last 12 months, how often do you feel isolated from others?

一度も感じませんでした Never     めったに感じませんでした Rarely     時々感じました Sometimes

頻繁に感じました Often     常に感じていました Always

- a. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

- b. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**8. 親密なパートナーからの暴力: Intimate Partner Violence**

- a. 昨年1年間に、家の中で危険を感じたり、身近な人に恐れを感じたりしましたか?

Within the last year, have you felt unsafe in your home or been afraid of someone close to you?

はい Yes       いいえ No

- b. 昨年1年間に、身近な誰かに蹴られたり、殴られたり、叩かれたり、または別の方法で身体的に傷つけられたことはありますか?

Within the last year, have you been kicked, hit, slapped or otherwise physically hurt by someone close to you?

はい Yes       いいえ No

- c. 去年1年間に、身近な誰かにレイプされたり、何らかの性行為を強要されたことはありますか?

**MICHIGAN MEDICINE**

パートナー イン ケア アンケート - 18 + 歳の患者

Partners in Care Questionnaire - Patients 18+ years old (Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

Within the last year, have you been raped or forced to have any kind of sexual activity by someone close to you?

はい Yes       いいえ No

- d. ミシガン大学ヘルスでは、あなたの健康、安全、幸福を大切にしています。以下からお選びください。  
**At University of Michigan Health, we value your health, safety and well-being.** Please select from the following:

電話で連絡を受けたい I prefer to be contacted by phone

ポータルで連絡を受けたい I prefer to be contacted by portal

今は誰とも話をしない方がいい。 I prefer not to speak to anyone at this time.

- e. 早急に支援が必要ですか?

はい Yes       いいえ No

**9. 職業訓練: Job Training:**

- a. 仕事やほかの安定した収入源を見つけるのに苦労していませんか?

Do you have a hard time finding work or another steady source of income?

はい Yes       いいえ No

- b. 地域の職業安定所および/または職業訓練を探す手助けが必要ですか?

Do you need help finding a local career center and/or job training?

はい Yes       いいえ No

- c. 上記の回答に対する手助けとしてゲストアシスタンスプログラムから連絡を受けたいですか?(ゲストアシスタンスプログラムについては、下記をご覧ください)

Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for information about our Guest Assistance Program)

はい Yes       いいえ No

- d. 早急に支援が必要ですか? Are any of your needs urgent?

はい Yes       いいえ No

**ゲストアシスタンスプログラム Guest Assistance Program**

患者さんおよびそのご家族は、健康上の問題に対処している間に、度々さまざまな問題や懸念を経験します。ゲスト・アシスタンス・プログラム (GAP) は、成人および小児患者さんの医療以外のニーズを支援することで、これらの問題の多くを軽減する目的で設立されました。私共専属のソーシャルワーカーは、問題を解決し、地域のリソースを調査し、治療中に生じるさまざまなニーズを調整、支援していきます。私達は、治療を行う際の障壁に焦点を置いています。例えば患者さんが治療や診察の予約を維持できなかったり、健康に影響を与えたりするような事柄です。

好意的で知識の豊かな我々のスタッフとお話になりたい方は、800-888-9825 にお電話頂くか、主治医に紹介をお願いしてください。

Patients and their families often experience a wide variety of issues and concerns when they are dealing with a health care situation. The Guest Assistance Program (GAP) was created to alleviate many of those issues by assisting with non-medical needs for both adult and pediatric patients. Our dedicated social workers problem-solve, research community resources, and assist with the coordination of various needs that arise during medical treatment. We focus on barriers to care – things that keep patients from maintaining treatment or appointments and would impact their health.

To speak to one of our friendly and informative team members, call 800-888-9825 or have your provider send us a referral.