

## 痛みと生活に関するアンケートのお願い

あなたが痛みや生活に関して困っていらっしゃることを，私たちに教えてください。多くのご質問に答えていただきますが，これらはすべてあなたへ最適な治療を提供するための情報として活用します。また，あなたのご経験が他の方に役立つと考えられる場合には，個人を特定されることがない形で発表させて頂きたく考えておりますが，ご同意頂けますでしょうか。

これらの個人情報について，

個人を特定しない形での発表に用いることを同意します。

ご署名

---

これからアンケートが始まります。

質問はページの表と裏にありますので、記入漏れが無いように  
お願い致します。

年 月 日

名古屋大学医学部附属病院医療技術部リハビリ部門

説明者

---