

**MICHIGAN MEDICINE**

パートナーズ・イン・ケア問診票 - 0-10歳の患者用  
Partners in Care Questionnaire - Patients 0-10 years old  
(Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ミシガン・メディシンでは、健康的な食事をする、安全で温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伺いしたいと思います。そしてご要望に応じて、または必要な場合は、当院ゲスト・アシスタンス・プログラムやクリニックのソーシャルワーカーがリソースをご紹介します。

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.

以下の質問にお答えください。患者様ご本人でない場合は、患者様の視点から1から19の質問にお答えください。

Please check your answers to the questions below. If you are not the patient – please answer questions 1-19 as if you were the patient.

1. 医療機関への支払い負担：医療費の支払いで支援が必要ですか？ **Healthcare Financial Strain:** Do you need help with paying for medical care?

 はい Yes

 いいえ No

2. 医療機関への支払い負担：過去12ヶ月以内に、お金の節約のために薬を服用しなかったことがありますか？ **Healthcare financial strain:** In the last 12 months, did you skip medications to save money?

 はい Yes

 いいえ No

a. あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか？（詳細は下記をご参考下さい） **Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

3. バーチャル診療：ご自身の健康管理のために（スマートフォン、携帯アプリ、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）使えますか。 **Virtual Care:** 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

 抵抗があるわけでもないわけでもない Neither comfortable or 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

4. バーチャル診療：ご自宅でインターネットに接続してリアルタイムで医療担当者とのビデオ診療に参加することが可能ですか。 **Virtual Care:** 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

5. バーチャル診療：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。 **Virtual Care:** Do you have

97-10163	VER: A/23 HIM: 03/23	Do Not File		<b>NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT</b>
----------	-------------------------	-------------	---	--------------------------------------

MICHIGAN MEDICINE

パートナーズ・イン・ケア問診票 - 0-10歳の患者用  
Partners in Care Questionnaire - Patients 0-10 years old  
(Japanese)

MRN:  
NAME:  
BIRTHDATE:  
CSN:

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

はい Yes  いいえ No

**a.** あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか? (詳細は下記をご参考下さい) Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

**6. 食料品:** 過去12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。 **Food:** Within the past 12 months, you worried that your food would run out before you got money to buy more.

一度もない Never true  ときどきある Sometimes true  しばしばある Often true

**7. 食料品:** 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か。

**Food:** Within the past 12 months, the food you bought just didn't last and you didn't have money to get more.

一度もない Never true  ときどきある Sometimes true  しばしばある Often true

**a.** あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか? (詳細は下記をご参考下さい) Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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. 光熱費:** 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すか? **Utilities:** 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

**a.** あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか? (詳細は下記をご参考下さい) Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more information about our Guest Assistance Program)

MICHIGAN MEDICINE

パートナーズ・イン・ケア問診票 - 0-10歳の患者用  
Partners in Care Questionnaire - Patients 0-10 years old  
(Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

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

**9.住居：**これからの2ヶ月間のあいだに、持ち家、借家または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？ **Housing:** 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

**a. あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか？（詳細は下記をご参考下さい） Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

**10. 交通手段：**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つたことがありますか？ **Transportation:** 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

**11. 交通手段：**過去12ヶ月以内に、交通手段がないために会議、仕事、または日常生活に支障をきたしたことがありますか？ **Transportation:** In the past 12 months, has lack of transportation kept you from meetings, work, or from getting things needed for daily living?

はい Yes

いいえ No

**a. あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか？（詳細は下記をご参考下さい） Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

MICHIGAN MEDICINE

パートナーズ・イン・ケア問診票 - 0-10歳の患者用  
Partners in Care Questionnaire - Patients 0-10 years old  
(Japanese)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

**12. 育児・高齢者介護：** 過去4週間以内に、託児所または高齢者介護を手配することが仕事、勉強、医療を受ける上で支障をきたしましたか？ **Child/Elder care:** In the last 4 weeks, did getting child care or elder care make it difficult to work, study or get to medical visits?

はい Yes  いいえ No

**a. あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか？（詳細は下記をご参考下さい）** Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

**13. 社会面：** 過去12ヶ月以内に、ほかの人たちから孤立していると思うことがどのくらい頻繁にありましたか？ **Social:** Within the last 12 months, how often do you feel isolated from others?

全くない Never  めったにない Rarely  ときどき Sometimes

よくある Often  いつも Always

**a. あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか？（詳細は下記をご参考下さい）** Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

**14. 人間関係：** 昨年一年間の間、自宅で身の危険を感じたり、身近な誰かに恐れを感じましたか？

**Relationships:** 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

**15. 人間関係：** 昨年一年間の間、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？ **Relationships:** 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

**16. 人間関係：** 昨年一年間の間、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？ **Relationships:** 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

<b>MICHIGAN MEDICINE</b> パートナーズ・イン・ケア問診票 - 0-10歳の患者用 Partners in Care Questionnaire - Patients 0-10 years old (Japanese)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
---	-------------------------------------

**17.人間関係：** 昨年一年間の間、身近な誰かに自尊心を傷つけられたり別の方法で精神的に虐待を受けましたか？ **Relationships:** Within the last year, have you been humiliated or emotionally abused in other ways by someone close to you?

はい Yes       いいえ No

**18. 職業：** 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すか。 **Job/Career:** Do you have a hard time finding work or another steady source of income?

はい Yes       いいえ No

**19. 職業：** 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？ **Job/Career:** Do you need help finding a local career center and/or job training?

はい Yes       いいえ No

**a. あなたのご回答に対する手助けとして、ゲスト・アシスタンス・プログラムより連絡を受けたいですか？（詳細は下記をご参考下さい）** Do you want to get connected with resources for any of the above responses? (Please see below for more 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

### ゲスト・アシスタンス・プログラム Guest Assistance Program

患者様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様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、地域のリソースを研究し、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。それらは患者様が治療や診察の予約を維持できなかつたり健康に影響を与えたりするような事柄です。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.

好意的で知識のある我々のスタッフとお話になりたい方は、通訳につながるパル (734-998-6757)に電話をし、800-888-9825にお電話頂くか、かかりつけ医に紹介をお願いしてください。To speak to one of our friendly and informative team members, call 800-888-9825 by first calling your PAL line (734-539-5090) or have your provider send us a referral.

97-10163	VER: A/23 HIM: 03/23	Do Not File		<b>NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT</b>
----------	-------------------------	-------------	---	--------------------------------------