**2024年　全国放射線治療実態調査記入票　[新]**

**（2023年症例分）**

**〔A〕2023年の貴施設ならびにその放射線治療部門について**

 (1) 放射線治療を行っている (2) 行っておらず、今後行う予定はない。（3）放射線治療を行っていないが、今後再開の予定である（機器更新中を含む）　（4）放射線治療を行っていないが、今後新規に実施予定である

 ( (1)以外の放射線治療を行っていない施設は、該当番号をチェックし、施設名のみ記載し、そのままご返送ください )

＊人員、設備等は、すべて2023年12月末の時点でお答えください。

＊1年間の症例数等については、2023年1月から12月までの1年間の値をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| A-1 | 施設名称、所在地および組織区分（個別郵便番号の記載にご協力ください）　病院名　郵便番号　住所 |
| 　県： |
| 組織区分：(以下に○をつけてください)　U：大学附属病院　N：独立行政法人国立病院機構（がんセンター等を除く）　P：公立(都道府県市町村立)病院（がんセンター等を除く）　G：がんセンター・成人病センター（地方がんセンター等はこちらに含める。）　S：赤十字病院・済生会病院　C：企業／公社病院　L：国保／社保／共済／労災／組合／厚生連病院等　H：医療法人・医師会病院・個人病院等　O：その他 |
| A-2 | この調査票にご記入いただいた方、または今後ご連絡をさしあげるべき方ご氏名：　ご所属：放射線科、（ 　　 ）科職　種：1. 医師　2. 診療放射線技師　3. 医学物理士4. その他（　　　　　　　　　）（○で囲んでください）電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線：　　　　　　）　FAX： E-Mail： |
| A-3 | 病床数  |
| 病院全体の病床数 | 　　　　　　床 |
| 　放射線治療部門の病床数＊混合病棟等の場合は使用平均数＊RI内用療法専用病床等も含む | 床 |
| 放射線治療病室（RI内用療法専用の病床）（一時的な病床は除きます） | 床 |
| 特別措置病室（RI内用療法の一時的病床）（シード治療用は除きます） | 床 |
| 　RI内用療法専用の入院病床を担当している主な診療部門1.. 放射線治療部門 2. 放射線診断またはRI部門 3. 他科 |  |
|  A-4 | 貴施設は日本医学放射線学会から放射線科専門医研修施設（総合修練機関、修練機関、特殊修練機関）として認定されていますか？（○印で囲んでください）　総合修練機関：　1. いいえ　 2. はい　修練機関　　： 1. いいえ　 2. はい　特殊修練機関：　1. いいえ　 2. はい　（修練機関あるいは特殊修練機関の場合）認定されている部門： （以下より○印で囲んでください）　　画像診断・IVR　　　核医学　　　放射線治療　　　特殊疾患施設 |
| A-5 | 貴施設は日本専門医機構の基幹施設ですか？（○印で囲んでください）1. いいえ　 2. はい |
|  A-6 | 貴施設は、日本放射線腫瘍学会の施設認定制度で何らかの認定を受けていますか？　　（○印で囲んでください）　　認定機関　　　：　1. いいえ　 2. はい認定施設の内容： 1. 認定施設A　　2. 認定施設B 　3. 認定施設C 4. 認定施設S・小児　　5. 認定施設S・粒子線 |

**〔Ｂ〕貴施設放射線治療部門の構成スタッフについて**

＊「常勤」とは、その施設に在籍し、原則として（恒常的外勤日を除き）病院内でただちに対応できる人をさします。「非常勤」とは、他の施設に在籍し、定期的にその施設に来訪して業務を担当する人をさします。

|  |  |
| --- | --- |
| B-1 | 放射線治療を担当する放射線科医師の内訳＊常勤・非常勤にわけてお答えください。＊年齢は1:35未満、2:35-45未満、3:45-55未満、4:55-65未満、5:65-75未満、6:75以上のいずれかを記載してください。 |
| 識別連番（記入不要） |  性別(○印) | 年齢 | 放射線治療専門医 (○印) | 専任度(0.1~1.0) 合計で1.0となる |
| 自施設治療関連 | 他施設治療関連 | 自施設診断関連 | その他 |
| 常　勤 | 1. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 | 1. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |
| B-2 | 放射線治療を担当する、放射線科以外の診療科に所属する医師　昨年の1年間について、照射録に指示を記載した医師の所属する診療科に○印をご記入ください。(詳細は記入要領を参照) |
| 婦人科 | 脳外科 | 耳鼻科 | 外科 | 内科 | 眼科 | 歯口科 | その他（科名） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 常勤の放射線治療担当医（専門医）（　　）人常勤の放射線治療担当医（専門医以外）（　　）人 |

|  |  |
| --- | --- |
| B-4 | 放射線治療を担当する技術者の内訳＊常勤・非常勤にわけてお答えください。＊専任度(0.1~1.0) 合計で1.0となるように記載してください。＊年齢は1:35未満、2:35-45未満、3:45-55未満、4:55-65未満、5:65-75未満、6:75以上のいずれかを記載してください。 |
| 識別連番（記入不要） | 性別(○印) | 年齢 | 放射線技師免許(○印) | 治療技師としての専任度(0.1~1.0) | RT認定技師免許(○印) | 医学物理士免許(○印) | 品質管理士免許(○印) | 物理・品質管理業務の専任度(0.1~1.0) | 自施設の他部門での専任度(0.1~1.0) | 他施設での治療専任度(0.1~1.0) |
| 常　勤 | 1. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 | 1. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 常勤の放射線治療担当放射線技師（　　）人常勤の医学物理士（　　）人常勤の品質管理士（　　）人＊上記は重複しないように記載ください。業務が重複している場合には主たる業務について記載ください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B-5 |  | 放射線治療を担当する看護師(外来診療部門)常勤・非常勤にわけてお答えください。 |
| 識別連番（記入不要） | 性別(○印) | 認定看護師免許の有無 | 治療専任度(0.1~1.0) | 他部門または他施設での治療専任度(0.1~1.0) |
| 常　勤 | 1. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 2. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 3. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 4. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 5. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 6. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 7. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 8. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 9. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 10. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 非常勤 | 1. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 2. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 3. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 4. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 5. | 男・女 | 無し、がん放射線療法、その他（　　　　　　　　　） |  |  |
| 計 | 常勤の放射線治療を担当する看護師(外来診療部門)（　　）人 |
| B-6 | 1).放射線治療業務を担当する看護助手（1日平均実人数） |  | 　　人 |
| 2).放射線治療業務を担当する事務員（1日平均実人数） |  | 　　人 |

**〔C〕貴施設においておこなわれた放射線治療について**

詳細は、記入要領をご参照ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C-1 | 放射線治療全般 | 実績数 |
| 1) 放射線治療部門の新規患者数（新患実人数） 貴部門で初めて放射線治療を受けた患者さんの新規患者数 （相談のみ等、実際に照射を行わなかったものは除く） | 人 |
| 2) 放射線治療患者実人数（新患＋再患） 貴部門で放射線治療を実施した実人数 | 人 |
| C-2 | 外部照射治療 |  |
| 1) 外部照射治療を行なった新規患者数（新患実人数） | 人 |
| 2) 外部照射治療を行った患者実人数（新患＋再患） | 人 |
| 3) 1)のうち粒子線治療を行った新規患者数（新患実人数） | 人 |
| 4) 2)のうち粒子線治療を行った患者実人数（新患＋再患） | 人 |
| C-3 | 小線源治療（腔内照射, 組織内照射, モールド治療, 翼状片治療等） |  |
| 1) 貴部門で、線量率に関係なく**子宮**腔内照射を開始した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 内、ハイブリッド照射を開始した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 2) 貴部門で、線量率に関係なく組織内照射を開始した実人数（新患＋再患）＊ハイブリッド照射は含みません。 | 人 |
| 内、前立腺シード治療を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 3) ストロンチウム-90による翼状片治療を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 4) 貴部門で、線量率に関係なくモールド治療、管腔内照射などの　 上記照射以外を開始した実人数（新患＋再患） | 人 |
| C-4 | RI内用療法 |  |
| 1）RI内用療法の実施状況1. 実施していない　2. 放射線治療部門で実施している 3. 他部門で実施している |  |
| ＊以下の症例数は、放射線治療部門で実施した患者のみ（他部門を除く）を対象といたします。 |  |
| 2) 甲状腺癌でヨード治療を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 3）バセドウ病でヨード治療を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 4) ゼヴァリン内用療法を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 5) ゾーフィゴ内用療法を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 6) ルタテラ内用療法を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 7)I131-MIBG内用療法を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 8）その他の内用療法を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| C-5 | 特殊な放射線治療（C-2、C-3、C-4の内数）＊粒子線治療で治療された症例は含みません。 |  |
| 1. 全身照射を実施した実人数（新患＋再患）

a) そのうちミニ移植（4Gy以下）を実施した実人数（新患＋再患） | 人　　　　人 |
| 1. 術中照射を実施した実人数（新患＋再患）

a) そのうち術中体外骨照射を実施した実人数（新患＋再患） | 人人 |
| 3) 定位（脳）照射を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 4) 定位（体幹部）照射を実施した実人数（新患＋再患）a) 4)のうち肺病変を照射した実人数（新患＋再患）＊肺、前立腺などで、IMRT/VMATにて定位的に行った場合には、こちらに含めます。 | 人人 |
| 5) IMRT照射を実施した実人数（新患＋再患）a) 5)のうち頭頸部を照射した実人数（新患＋再患）b) 5)のうち前立腺を照射した実人数（新患＋再患） | 人人人 |
| 6) 温熱療法併用照射を実施した実人数（新患＋再患） | 人 |
| 7) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 人 |
| C-6 | 輸血用血液への照射（輸血部等の管轄による照射は除きます）1. 実施していない 2. 実施している |  |
| C-7 | 遠隔治療計画支援1. 実施していない2. 実施している（他施設から支援を受けている）3. 実施している（他施設に支援を行っている） |  |
|  | 上記について、保険点数は算定していますか？1. 算定している 2.算定していない |  |
| C-8 | 放射線治療開始時に自施設に入院していた患者実人数（新患＋再患） | 人 |
| C-9 | 1) 院内でキャンサーボードもしくはそれに準ずる症例検討会の実施1. 実施していない 2. 実施している |  |

**〔D〕貴施設（放射線治療部門）の装置類について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D-1 | 外部照射装置(台数を記載)＊X線、γ線または電子線による外部照射装置について記載ください。＊サイバーナイフ、ノバリス、トモセラピー等も含みます。 | 実績数 |
| 1)-A) リニアック台数 | 台 |
| 1)-B) 1)-A)の内Dual energy以上の機能を有するリニアック台数 | 台 |
| 1)-C) 1)-A)の内MLC width .1.0 cm以上を有するリニアック台数 | 台 |
| 1)-C) 1)-A)の内MLC width 0.5cm以上、1.0 cm未満を有するリニアック台数 |  |
| 1)-C) 1)-A)の内MLC width 0.5cm未満を有するリニアック台数 |  |
| 1)-D) 1)-A)の内IMRT機能を有するリニアック台数 | 台 |
| 1)-E) 1)-A)の内cone beam CT或いは同室CTを有するリニアック台数 | 台 |
| 1)-F) 1)-A)の内X線透視画像による位置照合システム台数 | 台 |
| 1)-F) 1)-A)の内超音波による位置照合システム台数 | 台 |
| 1)-F) 1)-A)の内MRI-リニアック台数 | 台 |
| 1)-F) 1)-A)の内Surface-guideによる位置照合システム台数 | 台 |
| 1)-G) 1)-A)の内その他の位置照合システム台数 | 台 |
| 2) サイバーナイフ台数（上記1)-A)～G)との重複記載） | 台 |
| 3) ノバリス台数（上記1)-A)～G)との重複記載） | 台 |
| 4) トモセラピー/Radixact台数（上記1)-A)～G)との重複記載） | 台 |
| 5) Halcyon/ETHOS 台数（上記1)-A)～G)との重複記載） | 台 |
| 6) モベトロン台数（上記1)-A)～G)との重複記載） | 台 |
| 7）ZAP-X（専用SRS定位放射線治療装置）台数（上記1)-A)～G)との重複記載） | 台 |
| 8-A) マイクロトロン台数 | 台 |
| 8-B) マイクロトロンの照射室（治療台）数 | 台 |
| 9) ガンマナイフの台数 | 台 |
| 10-A) その他の外部照射装置（デルモパン、等）の台数 | 台 |
| 10-B) 10-A)のうち、実際に照射治療に使用している台数 | 台 |
| D-2（粒子線） | 陽子線治療装置の照射室（治療）台数 | 台 |
| 　内、実際に照射治療に使用している照射室（治療）台数 | 台 |
| 炭素線治療装置の照射室（治療）台数 | 台 |
| 　内、実際に照射治療に使用している照射室（治療）台数 | 台 |
| D-3（BNCT） | BNCTの照射室（治療）台数 | 台 |
| D-4(RALS) | 1-A) コバルト-60線源搭載装置（新型:マルチソース）の保有台数 | 台 |
| 1-B) 1-A)のうち、実際に使用している台数 | 台 |
| 2-A) コバルト-60線源搭載装置（旧型）の保有台数 | 台 |
| 2-B) 1-A)のうち、実際に使用している台数 | 台 |
| 3-A) イリジウム-192線源搭載装置の保有台数 | 台 |
| 3-B) 3-A)のうち、実際に使用している台数 | 台 |
| 4-A) セシウム-137線源搭載装置の台数 | 台 |
| 4-B) 4-A)のうち、実際に使用している台数 | 台 |
| RALS治療にCTを使用していますか？1. 同室に設置　2. 別室のCTを利用　3. 利用していない |  |
| D-5 | 1) X線シミュレータの台数 | 台 |
| 2) 治療計画に使用するCTの台数 | 台 |
| 上記2)の内、原則として放射線治療専用に使用するCTの台数＊診断用にもしばしば使用する場合にはカウントしません。 | 台 |
| 上記2)の内、最も上位機種の列数をお答えください。 | 列 |
| 上記2)の内、Dual energy　CTの台数 | 台 |
| 3) 治療計画／線量分布計算用コンピュータの台数 | 台 |
| 4) 3D水ファントムシステムの台数 | 台 |
| 5) リファレンス線量計（電離箱）の台数（本数） | 台 |
| 6) 最終のリファレンス線量校正年月日 | 　年　月　日 |
| 7) リファレンス線量計による治療装置の精度管理の頻度 右の該当するものに○をしてください。 | 　　 回/日、週、月、年 |
| D-6 | その他の装置(台数を記載) | 　　　 |
| 1)　治療部門専用のMRIの台数 | 台 |
| 2) 温熱療法装置の台数 | 台 |
| D-7 | 治療用密封小線源（RALSの線源は除きます）についてお答えください、1. 保有していない。　　　　　　　2. 使用許可は得ているが、2023年には使用しなかった。　　　　　　　3. 2023年の期間に使用した。 |
| 線源 | I-125 | Co-60 | Cs-137 | Ra-226 | Au-198 | その他 |
| 使用 |  |  |  |  |  |  |

**〔E〕2023年の放射線治療部門の原発巣別新規患者数(新患実人数)**

＊粒子線治療やBNCTは含みません（別途記載ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 脳・脊髄 | 例 |  | 8. 婦人科 | 例 |
| 2. 頭頸部(甲状腺を含む) | 例 | 9. 泌尿器系（うち前立腺） | 　　例（　）例 |
| 3. 食道 | 例 | 10. 造血器リンパ系 | 例 |
| 4. 肺・気管・縦隔（うち肺） | 例（ 例） | 11. 皮膚・骨・軟部 | 例 |
| 5. 乳腺 | 例 | 12. その他(悪性) | 例 |
| 6. 肝・胆・膵 | 例 | 13. 良性 | 例 |
| 7. 胃・小腸・結腸・直腸 | 例 | 14. (15歳以下の小児例) | 例 |
|  |  |  | 15. (16-19歳の小児例) | 例 |

\* 調査記入票の〔C-1-1〕新規患者数は〔E〕原発巣別新規患者数の部位項目(1)～(13)までの合計数と同じになります。項目(14)、(15)の小児例は(1)～(13)の症例と重複します。

\* この原発巣別区分は日本放射線腫瘍学会認定医認定申請書の『放射線治療の実態』の記入項目と同一です。

自施設の陽子線治療にて治療した発巣別新規患者数(新患実人数)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 脳・脊髄 | 例 |  | 8. 婦人科 | 例 |
| 2. 頭頸部(甲状腺を含む) | 例 | 9. 泌尿器系（うち前立腺） | 例（ 例） |
| 3. 食道 | 例 | 10. 造血器リンパ系 | 例 |
| 4. 肺・気管・縦隔（うち肺） | 例（ 例） | 11. 皮膚・骨・軟部 | 例 |
| 5. 乳腺 | 例 | 12. その他(悪性) | 例 |
| 6. 肝・胆・膵 | 例 | 13. 良性 | 例 |
| 7. 胃・小腸・結腸・直腸 | 例 | 14. (15歳以下の小児例) | 例 |
|  |  |  | 15. (16-19歳の小児例) | 例 |

自施設の炭素線治療にて治療した発巣別新規患者数(新患実人数)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 脳・脊髄 | 例 |  | 8. 婦人科 | 例 |
| 2. 頭頸部(甲状腺を含む) | 例 | 9. 泌尿器系（うち前立腺） | 例（ 例） |
| 3. 食道 | 例 | 10. 造血器リンパ系 | 例 |
| 4. 肺・気管・縦隔（うち肺） | 例（ 例） | 11. 皮膚・骨・軟部 | 例 |
| 5. 乳腺 | 例 | 12. その他(悪性) | 例 |
| 6. 肝・胆・膵 | 例 | 13. 良性 | 例 |
| 7. 胃・小腸・結腸・直腸 | 例 | 14. (15歳以下の小児例) | 例 |
|  |  |  | 15. (16-19歳の小児例) | 例 |

自施設のBNCTにて治療した発巣別新規患者数(新患実人数)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 脳・脊髄 | 例 |  | 8. 婦人科 | 例 |
| 2. 頭頸部(甲状腺を含む) | 例 | 9. 泌尿器系（うち前立腺） | 例（ 例） |
| 3. 食道 | 例 | 10. 造血器リンパ系 | 例 |
| 4. 肺・気管・縦隔（うち肺） | 例（ 例） | 11. 皮膚・骨・軟部 | 例 |
| 5. 乳腺 | 例 | 12. その他(悪性) | 例 |
| 6. 肝・胆・膵 | 例 | 13. 良性 | 例 |
| 7. 胃・小腸・結腸・直腸 | 例 | 14. (15歳以下の小児例) | 例 |
|  |  |  | 15. (16-19歳の小児例) | 例 |

**〔F〕放射線治療部門の脳および骨転移治療患者実人数（新患+再患)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 脳転移 | 例 |  | 2. 骨転移 | 例 |

**〔G〕2022年調査後からの機器の更新・廃棄について**

2022年度に実施した2021年度症例分の構造調査後から2023年12月末までの2年間で廃棄した治療装置（使用年数），新規に購入した治療装置を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| G-1 | 廃棄した治療機器名 | メーカー名 | 使用年数(単位:年) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| G-2 | 新規に購入した治療機器名 | メーカー名 | 使用開始時期(西暦年月) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

**H.　補足的な事項等がございましたら、ご記入ください。**

**I.　今回の調査で、改善したほうがよいと思われる点、入力が煩雑で、削除したほうがよいと思われる点等、ご記入ください。**