

外来患者様 アンケート

みどり病院

現在、当院で受けている診療・サービスについてお尋ねします。

はじめに、あなたご自身についてお尋ねします。

記入例

- 性別は？ 男性 女性
- 年齢は？ 0～14歳 15～39歳 40～64歳 65～74歳 75歳以上
- 今日受診した診療科目は？（主要な科目一つのみお選び下さい。）
 内科 小児科 リハビリテーション科 その他
- 当院を選んだ理由は？（主な理由一つのみお選び下さい。）
 家族・知人のすすめ 自宅・職場から近い 他院の紹介 医師・診療科目・設備が良い その他
- 当院までの交通手段は？（主な手段を一つお選び下さい。）
 バス 車・バイク 助け足利用 自転車 徒歩

以下の質問について5段階評価をお願いいたします。

- | | たいへん
良い | 良い | ふつう | 悪い | たいへん
悪い |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 当院を家族やお知り合いに勧めたいと思う | <input type="checkbox"/> |
| 2. 患者のプライバシーは守られていた | <input type="checkbox"/> |
| 3. 支払った金額の内訳は分かりやすかった | <input type="checkbox"/> |
| 4. 医療機器や医療設備は十分だった | <input type="checkbox"/> |
| 5. 外来処置室（点滴・採血等）での待ち時間は我慢できるものだった | <input type="checkbox"/> |
| 6. （診察・会計）の待ち時間は我慢できるものだった | <input type="checkbox"/> |
| 7. 医師の診断や治療は納得できるものだった | <input type="checkbox"/> |
| 8. 職員の説明で病気・検査・薬は十分理解できた | <input type="checkbox"/> |
| 9. 職員の服装・態度（言葉遣い・親切さ）はよかった | <input type="checkbox"/> |
| 10. 玄関・待合室・トイレの環境（照明・清潔・臭い・静かさ等）は快適だった | <input type="checkbox"/> |

◆あなたが医療機関を選ぶ際の主なポイントを下記より3つ選んで、右側の欄に数字をご記入ください。

記入例

3 3

- 医師の印象
- 医師の説明
- 看護師の印象
- 受付・会計の印象
- 検査やお薬の説明
- 院内の環境
- 待ち時間
- プライバシー

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

◆当院で感じたこと（良い印象・悪い印象）やご意見・ご要望等をぜひお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。