

患者さまアンケート

1. あなたまたはあなたの家族が、一番最近診察を受けたのはいつ頃ですか？

_____年_____月 受診された方_____ 年齢_____歳

2. 診療科・担当医

診療科_____ 担当医_____

3. あなたの治療内容を教えてください。(差し障りない範囲で)

4. その治療結果はどうでしたか？

すっかり完治した ほどほどに治った さらなる悪化を防ぐことができた

かえって悪化した 治療中

	非常に満足	やや満足	普通	やや不満	非常に不満
医師の対応(丁寧・テキパキ度合など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師の診察に関する説明(聞き取りやすいなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
予防指導、日常ケア、アフターケアの対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師の印象・優しさ・言葉遣い・心配り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師・スタッフの身だしなみ(体臭、香水・服装など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護師・スタッフの対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電話・受付・会計の対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性、乳幼児、高齢者への配慮(男性も回答下さい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医院全体の清潔度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
待合室・ロビーなどの快適度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ・洗面台などの快適度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
待ち時間の負担	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察前の待ち時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察後の待ち時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全体的満足度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 困った事や嫌な思いをされましたか？ある場合ご記入ください。

6. 医師・スタッフに対して、あなたの意見をご記入ください。

ご協力ありがとうございました。