

患者様アンケートご協力をお願い

医療法人社団桃實会 青和クリニック

当クリニックでは患者様からのご意見を頂戴し、これからも地域に密着した医療を提供してまいりたいと考えております。お手数ではございますが、何卒ご協力頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

1. 患者様ご本人の性別とご年齢は 男・女 歳代 (患者様が小児の場合はご家族が代筆して下さい)
2. 患者様ご本人のお住まいは 日野市内・市外()市
3. 患者様の来院日は 月 日 () 曜日 午前・午後
4. 本日の診療科 ① 内科 ② 神経内科 ③ 小児科 ④ 腎臓・循環器内科 ⑤ リハビリテーション科
5. 当クリニックを選んだ理由をお聞かせください (複数回答可)

- ① 他の医療機関からの紹介 ② クリニックの評判が良い ③ 医師の評判が良い ④ クリニックの施設・設備が良い ⑤ 知人、家族の薦め
 ⑥ スタッフの対応が良い ⑦ 以前から通院している ⑧ インターネット等の広告で知った ⑨ その他

6.	A: 診察室に入るまでの待ち時間に関して	短い	やや短い	普通	やや長い	長い	
7.	各項目について、当クリニックの満足度をお聞かせください。	非常に満足	満足	普通	やや不満	不満	該当しない
診療面	B: 医師の症状の説明および治療方法の説明	5	4	3	2	1	0
	C: 看護師の説明のわかりやすさ	5	4	3	2	1	0
	D: 採血や介助の手際よさ	5	4	3	2	1	0
	E: リハビリスタッフの説明および治療方法の説明	5	4	3	2	1	0
	F: MRI 等の検査の手際よさ	5	4	3	2	1	0
接遇面	G: 受付職員の言葉遣いや態度	5	4	3	2	1	0
	H: 看護師の言葉遣いや態度	5	4	3	2	1	0
	I: 検査技師の言葉遣いや態度	5	4	3	2	1	0
	J: リハビリスタッフの言葉遣いや態度	5	4	3	2	1	0
	K: 医師の言葉遣いや態度	5	4	3	2	1	0
8.	L: あなたは当クリニックを親しい友人や家族にお薦めしたいと思いますか?	5	4	3	2	1	0

9. 6・7にて、やや不満、不満に○をつけた項目につき、理由をお聞かせください。また、その他ご不満を感じている点、改善して欲しい点などございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。診察状況、諸事情による都合上、全てのご意見にお応えできない場合がございますが、今後のクリニックの運営の参考にさせていただきます。なお、お預かりした患者様のプライバシーにつきましては、当クリニック事務局で責任をもって保護いたします。