

調査用紙

並木病院 入院患者満足度調査

アンケート記載日 年 月 日

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。お手数ですが、アンケートへのご協力
よろしくお願い致します。このアンケートは無記名ですので、お気兼ねなくありのままを安心して
お答えください。個別のお返事はできませんので、あらかじめご了承ください。

以下の質問について3段階評価で、当てはまるものにチェックをお願いします。

(※ 9. 食事の内容のみ4段階評価)

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 医師による診察・治療内容 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 2. 看護師・介護職員による
療養生活の支援 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 3. リハビリの説明・内容 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 4. 相談員による入院相談の説明 | <分かりやすい>
☐ | <普 通>
☐ | <分かりにくい>
☐ | |
| 5. 受付・窓口職員の対応 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 6. 病院内の雰囲気・印象 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 7. 病室・浴室・トイレ等の設備 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 8. プライバシーの保護 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | |
| 9. 食事の内容 | <満 足>
☐ | <普 通>
☐ | <不 満>
☐ | <食事無し>
☐ |

ご意見・ご要望がございましたらお聞かせください。

最後にあなたご自身についてお尋ねします。

10. アンケートのご回答者

<患者様本人>

☐

<患者様ご家族>

☐