

並木病院 外来患者満足度調査

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。

- | | | | |
|--------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. 診察までの待ち時間 | <予約時間通り>
☐ | <30分以内>
☐ | <60分以内>
☐ |
| 2. 診療・治療内容 | <満足>
☐ | <普通>
☐ | <不満>
☐ |
| 3. 看護師の対応 | <満足>
☐ | <普通>
☐ | <不満>
☐ |
| 4. 受付の対応 | <満足>
☐ | <普通>
☐ | <不満>
☐ |
| 5. 案内表示や掲示物 | <分かりやすい>
☐ | <普通>
☐ | <分かりにくい>
☐ |
| 6. プライバシーの保護 | <満足>
☐ | <普通>
☐ | <不満>
☐ |

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。

- | | | |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 7. アンケートのご回答者 | <患者様本人>
☐ | <付き添い者>
☐ |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

ご協力ありがとうございました。アンケート用紙は1F診察室前の回収箱へお入れください。