

魚沼基幹病院 外来患者満足度調査

当院では、よりよい病院を目指して日々改善を行っております。このたび、今後の「医療サービス向上」に役立てるため、満足度調査を通じて皆様のご意見をお聞きすることとなりました。お手数ですが、以下にご回答いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。

- ※ お答えいただいた内容は、「医療サービス向上」の目的以外には使用いたしません。
- ※ 所要時間は3分程度です。当てはまる項目に○をお書きください。
- ※ この調査は調査期間中に外来を受診された全ての皆さまにお願いしております。
- ※ 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。
- ※ アンケート記載された意見に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。
- ※ 回答は、ブロック受付等に設置した「アンケート回収箱」にお入れください。
- ※ インターネットからもご回答いただけます。 スマホでQRコードを読み込むか、パソコンでURLを入力しご回答ください。なお、アンケート用紙で回答を提出された方が、インターネットで回答すると、2度、回答することとなるのではご遠慮ください。



<https://onl.bz/6wieSNB> からご回答いただけます

■ 利用日（受診日）： _____月 _____日

| No. | 項目 | 5 とても満足 | 4 やや満足 | 3 ふつう | 2 やや不満 | 1 不満 | 0 利用なし |
|-----|-------------------------------------|------------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|
| 1 | 診察までの待ち時間（診察までの待ち時間に満足していますか） | | | | | | |
| 2 | 診察時間（診察時間に満足していますか） | | | | | | |
| 3 | 医師による診療・治療内容（医師による診療・治療内容に満足していますか） | | | | | | |
| 4 | 医師との対話（医師との対話に満足していますか） | | | | | | |
| 5 | 看護師（看護師の対応に満足していますか） | | | | | | |

■ その他お気づきの点や職員へのメッセージ等があればお書きください。

[]

| No. | 項目 | 回答 |
|-----|------------|--|
| 1 | 回答者 | <input type="checkbox"/> 患者や利用者本人 <input type="checkbox"/> 患者や利用者の家族 <input type="checkbox"/> 患者や利用者の知人 <input type="checkbox"/> その他の関係者 |
| 2 | 利用者の性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 3 | 利用者の年齢 | <input type="checkbox"/> 0～9歳 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代 <input type="checkbox"/> 90代以上 |
| 4 | 受診された診療科 | <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病科 <input type="checkbox"/> 呼吸器・感染症内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 消化器外科・一般外科 <input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 |
| 5 | 当院を選択された理由 | <input type="checkbox"/> 自宅・職場・学校が近い <input type="checkbox"/> 他医からの紹介 <input type="checkbox"/> かかりつけ医師がいる <input type="checkbox"/> 専門医がいる <input type="checkbox"/> 診療科目が多い <input type="checkbox"/> 医療設備がよい <input type="checkbox"/> 交通の便がいい <input type="checkbox"/> 救急車搬入 <input type="checkbox"/> その他 |

このアンケートについてのお問い合わせ先
 魚沼基幹病院 患者サービス向上委員会 事務局
 (事務局 医事係 山田) TEL 025-777-3200(代)

ご協力ありがとうございました。