

入院満足度調査のお願い

当医療センターでは、患者様にサービスが行き届いているかを確認するために、毎年満足度アンケート調査を実施させて頂いております。

患者様の貴重なご意見、ご要望が頂ければ幸いです。

ご回答して頂きましたアンケートの回収におきましては、直接看護師に渡して頂くか、又はナースステーションの窓口に回収箱を設置しておりますので、直接投函いただいても結構です。

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。

ご協力のほどよろしくお願い致します。

該当するものにチェックをお願い致します。

ご記入日（ 月 日）

ご記入者

患者様本人 患者様の家族 患者様の知人 その他関係者様

ご記入者の性別

男性 女性

ご記入者の年齢

0～9歳 10代 20代 30代 40代 50代 60代

70代 80代 90代以上

ご入院されています病棟を教えてください。

4階東病棟 5階東病棟 6階東病棟 7階東病棟

4階西病棟 5階西病棟 6階西病棟 7階西病棟 8階病棟

下記の示す質問において、該当すると思われる番号のいずれか1つに○をつけて下さい。

	とても満足	やや満足	ふつう	やや不満	とても不満	利用なし
医師による診療・治療内容に満足いたしましたか？	5	4	3	2	1	0
医師との対話(分かり易く説明し、あなたの話をよく聴いてくれましたか？)	5	4	3	2	1	0
看護師(言葉づかい、応対、身だしなみに満足いたしましたか？)	5	4	3	2	1	0
事務職員(言葉づかい、応対、身だしなみに満足いたしましたか？)	5	4	3	2	1	0
その他のスタッフ職員(言葉づかい、応対、身だしなみに満足いたしましたか？)	5	4	3	2	1	0
痛みや症状を和らげる対応	5	4	3	2	1	0
精神的なケア	5	4	3	2	1	0
プライバシー保護の対応	5	4	3	2	1	0
病室・浴室・トイレなど清潔で利用しやすいですか？	5	4	3	2	1	0
食事内容(味・配膳時間に満足していますか？)	5	4	3	2	1	0
建物や設備	5	4	3	2	1	0
家族への情報提供	5	4	3	2	1	0
入院時の説明・手続き	5	4	3	2	1	0
案内表示や掲示物は見やすく、分りやすいですか？	5	4	3	2	1	0
当医療センターを親しい方にも勧めようと思いますか？	5	4	3	2	1	0

その他ご意見がございましたら、お聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。