

～ 外来アンケート調査ご協力のお願い～

当院についてのご意見をお聞かせ下さい。

当院では、患者さんへのより良い医療の提供、快適な療養環境を心がけています。
今回、患者さんの率直な意見や感想をお伺いし、「愛され・求められる病院づくり」のために今後の参考にさせて頂きたいと思っております。

お手数ですが、この用紙にお答え頂ければ幸いに存じます。

地方独立行政法人 川崎町立病院

ご記入日平成 30 年 2 月 日 ご記入者 ①本人 ②家族 ③その他

以下の項目について、該当する数字に○印を付けて下さい。

1. 外来・待合室などの環境について

| | 項目 | 満足 | ほぼ満足 | 普通 | やや不満 | 不満 | 利用無し |
|----|---------------------|----|------|----|------|----|------|
| 1 | プライバシーが守られている | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 2 | 院内の清掃が行き届いている | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 3 | 院内が快適な温度に保たれている | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 4 | 院内の照明が適度な明るさに保たれている | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5 | トイレの清潔さ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | トイレの使いやすさ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7 | 診察までの手続き | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 8 | 診察までの待ち時間 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | 所要時間 () 分 | | | | | | |
| 9 | 診察後の待ち時間 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| | 所要時間 () 分 | | | | | | |
| 10 | 駐車場の利用 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11 | 案内図・掲示物のわかりやすさ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

2. 医師について

| | 項目 | 満足 | ほぼ満足 | 普通 | やや不満 | 不満 |
|----|----------------|----|------|----|------|----|
| 12 | 訴えや相談に快く応じてくれる | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | 病気や治療についての説明 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | 言動や態度 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | 質問しやすい雰囲気 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

3. 看護師について

| | 項目 | 満足 | ほぼ満足 | 普通 | やや不満 | 不満 |
|----|----------------|----|------|----|------|----|
| 16 | 説明や対応 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | 言動や態度 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | 注射、採血、処置など看護技術 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | 服装やみだしなみ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

* 2枚目もご協力お願い致します。

4. その他の職員の言葉づかいや態度について

| | 項目 | 満足 | ほぼ満足 | 普通 | やや不満 | 不満 | 面会無し |
|----|--------------|----|------|----|------|----|------|
| 20 | 薬局職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 21 | 放射線課職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 22 | 検査課職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 23 | 栄養課職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 24 | リハビリテーション室職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 25 | 地域医療連携室職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 26 | 事務職員 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

5. 病院のサービスについておたずねします

以下で、必要とするものや希望するサービスがあれば項目に○を付けて下さい。(複数可)

| | |
|----|--|
| 27 | ①訪問看護 ②言語療法 ③デイサービス ④デイケア ⑤ホームヘルパー ⑥内視鏡検査入院 ⑦透析 ⑧糖尿病教育入院 ⑨待合室の書籍等の充実 ⑩トイレの改修 ⑪BGM(有線放送) ⑫クレジットカードの支払い ⑬院外処方 ⑭その他() |
|----|--|

6. その他(差し支えない範囲でお答え下さい)

| | | | |
|----|---------------------|---|----|
| 28 | 性別 | ①男 | ②女 |
| 29 | 年齢 | ()歳代 | |
| 30 | 当院を選んだ理由 (○は複数可) | ①家、職場、学校等から近い ②かかりつけ医師がいる ③信頼できる医師がいる ④専門医がいる ⑤医療の水準が高い ⑥最新の医療機器がある ⑦職員が親切 ⑧建物・設備が良い ⑨他院からの紹介 ⑩人からの紹介 ⑪診察日、時間の都合が合う ⑫他の病院が不満だった ⑬評判を聞いて ⑭ホームページを見て ⑮広報誌を見て ⑯交通の便が良い ⑰その他() | |

必要な時は、また当院受診を希望されますか？項目に○を付けて下さい。

| | |
|----|---|
| 31 | ①はい ②いいえ ③わからない |
|----|---|

当院を家族、友人、知人などに勧めますか？項目に○を付けて下さい。

| | |
|----|---|
| 32 | ①はい ②いいえ ③わからない |
|----|---|

7. 待ち時間の過ごし方の事で、ご意見などがありましたらお書き下さい。

8. お気づきの点、ご意見などがありましたらお書き下さい。

* ご協力ありがとうございました。

