

今後の診療の参考にさせていただきますので、  
本日の当院の診療の評価をお聞かせください。

令和 年 月 日

それぞれの満足度に○をつけてください。

満 やや 普 やや 不  
足 満足 通 不満 満

受付

電話での対応はいかがでしたか。

\_\_\_\_\_

受付の対応はいかがでしたか。

\_\_\_\_\_

診察

医師はあなたの訴えを良く聞いてくれましたか。

\_\_\_\_\_

検査結果・病状・診断などの説明は十分でしたか。

\_\_\_\_\_

治療の内容・効果や病気の予後の説明は十分でしたか。

\_\_\_\_\_

検査

検査が多すぎる、少なすぎるなどなく適切でしたか。

\_\_\_\_\_

検査に痛みなど苦痛はありましたか。

\_\_\_\_\_

検査技師の対応はいかがでしたか。

\_\_\_\_\_

処置・看護

看護や処置に痛みや苦痛がありましたか。

\_\_\_\_\_

看護師の対応はいかがでしたか。

\_\_\_\_\_

その他

院内は清潔でしたか。

\_\_\_\_\_

待ち時間はいかがでしたか。

\_\_\_\_\_

その他ご意見を自由にお書きください

あなたの年齢 歳 あなたの性別 男 女

あなたのお住まい 目黒区 目黒区以外

アンケートの内容は病院の改善に役立てることのみに活用しその他には用いることはありません。

個人情報の保護に万全を期します。

アンケート結果は定期的に院内に掲示し、ホームページで公開します。

小林耳鼻咽喉科内科クリニック院長 小林 謙