

入院患者様へのアンケート	()科	()階
はじめに		
このアンケートは、患者安全や医療の質の改善に役立てることを目的としています。		
匿名ですので、是非率直なご意見を頂ければ助かります。		

Q1-(1) スタッフからの説明や、あなたがした質問への回答で理解出来ないことはありましたか？

- あった 無かった

Q1-(2) それはどの職種との関わりでそう思われましたか？ (○をしてください ※複数可)

- 医師 看護師・看護補助 リハビリ 栄養士 薬剤師 事務 全体的に

Q2 全体として、プライバシーに配慮されていましたか？

- 配慮されていた 配慮されていないことがあった 配慮されていないことが多かった

Q3 夜間、病室の周囲は静かでしたか？

- 静かだった うるさいことがあった うるさいことが多かった

Q4 下記の検査や処置の前に職員はあなたの「お名前」と「生年月日」をお聞きしましたか？

あなたが受けた検査や処置全てにお答え願います。

- | | | |
|---------------|-------------------------------|--|
| ①手術(室) | <input type="checkbox"/> 聞かれた | <input type="checkbox"/> 聞かれなかった |
| ②カテーテル検査・治療 | <input type="checkbox"/> 聞かれた | <input type="checkbox"/> 聞かれなかった |
| ③採血・注射・点滴 | <input type="checkbox"/> 聞かれた | <input type="checkbox"/> 聞かれなかった (聞かれなかった時がある) |
| ④レントゲン・MRI・CT | <input type="checkbox"/> 聞かれた | <input type="checkbox"/> 聞かれなかった (聞かれなかった時がある) |
| ⑤エコー・心電図 | <input type="checkbox"/> 聞かれた | <input type="checkbox"/> 聞かれなかった (聞かれなかった時がある) |
| ⑥胃・大腸カメラ | <input type="checkbox"/> 聞かれた | <input type="checkbox"/> 聞かれなかった (聞かれなかった時がある) |

Q5 お食事の配膳時、職員はあなたの「お名前」と「生年月日」をお聞きしましたか？

- 毎回聞かれた 聞かれなかった時があった 聞かれないことが多かった

Q6 ご友人やご家族が体調不良になった時、当院を勧めますか？

- 必ず勧める 必要に応じて勧める おそらく勧めない 絶対に勧めない

よろしければ、その理由をお聞かせください。