

高雄市鳳山區衛生所-保健門診滿意度調查表

親愛的先生女士：

您好！本所為提高保健門診服務品質，營造更好的醫療服務環境，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，以提供我們改進的方向。以下的問題，請您就本次門診的經驗作答，在合適的答案□內打✓。為保障您的權益，本問卷將由專人處理，回答內容均予保密，敬請安心作答，完成問卷後請交給服務台，謝謝您的合作與支持。

高雄市鳳山區衛生所 敬上

壹、就醫背景，請在適當的□內打✓。

- 一、請問您是初次來本院看診？ 1.是 2.否
- 二、請問您就診的科別是？ 1.小兒科 2.一般科 3.體檢 4.其它_____
- 三、您為什麼選擇來本所看診？ 1.親友推薦 2.交通便利 3.地點適中 4.其它_____
- 四、您今天是如何掛號？ 1.現場主動掛號 2.電話(郵)通知才來 3.其它_____

貳、此部份為探討 您對本所醫療服務各項目的滿意程度，請在適當的□內打✓

滿意程度

		很	可	不	不
很	滿	滿	接	滿	滿
意	意	意	受	意	意
5	4	3	2	1	

一、衛生所環境設施方面

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.衛生所的交通便利，停車方便 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.門診區空間寬敞，沒有擁擠情形 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.空氣調節(冷、暖氣)適中，光線明亮 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.等候座椅很舒適，座位足夠 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.各樓層有清楚明確的指示牌或看板 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.診療室及診療器具很乾淨 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.乾淨清潔的洗手間 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.地版及走道乾淨清潔 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.其他(請說明)：_____ | | | | | |

滿意程度

		很	可	不	不
很	滿	滿	接	滿	滿
意	意	意	受	意	意
5	4	3	2	1	

二、等候時間方面

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.您在等候掛號、批價的時間 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.您在等候看診的時間 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.醫師為您看診的時間 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.您在當日等候檢查的時間(如身高、體重、血壓、體溫等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.其他(請說明)：_____ | | | | | |

背面續填

滿意程度

很 可 不 不
滿 滿 接 滿 滿
意 意 受 意 意
5 4 3 2 1

三、工作人員的服務態度方面

- 1.服務台工作人員服務態度
- 2.電話詢問時接聽人員電話服務態度
- 3.掛號、批價工作人員服務態度
- 4.醫師態度親切和善
- 5.護理人員態度親切和善
- 6.對志工、實習生等其他工作人員服務態度
- 7.其他(請說明)： _____

四、醫療過程

- 1.醫師耐心傾聽我的主訴
- 2.醫師仔細診察及詳細說明情形
- 3.醫師的專業能力(醫術)好
- 4.醫護人員尊重我的隱私
- 5.其他(請說明)： _____

五、服務結果

- 1.當我抱怨時，立即得到適當的處理
- 2.診療後主動告知下次預防注射時程安排或注意事項
- 3.您對本所門診服務的整體感覺
- 4.其他(請說明)： _____

六、其他

- 1.如果您再次需要預防保健服務的話，您會選擇？
1.再來本所 2.到其他醫院 3.不一定 4.其它(請說明)： _____
- 2.當有親友需要預防保健服務的話，您願意介紹他們來本所就醫？
1.願意 2.不願意 3.不一定 4.其它(請說明)： _____
- 3.您認為本所門診最需加強的部份是什麼？ _____

參、個人基本資料

- 1.填表人：1.病患本人 2.親友 3.其它(請說明)： _____
- 2.性別：1.男 2.女
- 3.年齡： _____
- 4.教育程度：1.大專以上 2.高中 3.初中 4.小學 5.不識字
- 5.居住地：1.高雄縣、市 2.北部 3.中部 4.南部 5.東部 6.其它 _____
- 6.若您願意我們進一步與您連繫，請留下您的資料，我們將儘快依您的建議(意見)回覆。

連絡姓名： _____，電話： _____