

当クリニックに見学においでいただいた皆様へ

今後の医療の参考にさせていただきたいと思いますので下記のアンケートにご協力をお願いします。

- 1) 本日の日付 2024 年 1 月 7 日 木 曜日
- 2) お名前 _____
- 3) 所属 _____
- 4) 勤務先ご住所 _____
- 5) 勤務先 Tel No. _____
- 6) ご自宅住所 _____
- 7) ご自宅 Tel No. _____
- 8) メールアドレス _____

2. 当クリニックを見学にお選びいただいた理由をお聞かせ下さい。

眼科先生の手技技術、手術技術を見たいから

3. 本日の見学で一番、印象に残っている事をお聞かせ下さい。

内視鏡手術のみなさん、患者さんへの検査の説明や
病気の説明にとても詳しく丁寧に行なわれたこと

4. 本日の見学で一番勉強になられたと思う事をお聞かせ下さい。

内視鏡手術

5. 当クリニックの印象はいかがでしたか？

明るく清潔

6. 当クリニックの看護師の対応はいかがでしたか？

丁寧に対応していただきました

裏面もご記入下さい。

7. 当クリニックの受付の対応はいかがでしたか？

丁寧に対応して下さりました。

8. 胃の検査法をどう思われましたか？

喉頭、食道からルビノルを用いた内視鏡による検査は、

ルビノル検査後も丁寧に行われたという点は驚きました。

9. 大腸の検査法をどう思われましたか？

腸と便をさせることなく早く終了できました。

10. 同日の胃・大腸検査法をどう思われましたか？

当日と同じ方法で済み、

11. 今後、また見学に来られたいと思われましたか？

また機会があれば、ぜひお願いいたします。

12. 全体的評価をお願いします。

内視鏡検査は、丁寧な説明が受けられ、

自由診療が感じられ、とても納得しました。

今日は見学ご苦勞様でした。皆様の今後に少しでもお役にたてたら幸いです。
ご協力ありがとうございました。

医療法人 隆風会
藤井隆広クリニック
理事長 藤井 隆広