

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. 1) 本日の日付 26 年 1 月 30 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。

藤井先生のテクニック(内視鏡の)と診断能力が
すぐれているため

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。

先生の卓越したEMR手技

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。

先生のすぐれた内視鏡手技を
学べたこと

5. 当クリニックの印象はいかがでしたか？

とても親近感があるとともに、すぐれた
医療を提供していると感じました

6. 当クリニックの看護師の対応はいかがでしたか？

無駄な動きがなく、きわめて有能で
感じました。

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？

すばらしいです。

8.胃の検査法をどう思われましたか？

短時間でヨド染色まで行われて
おり、感心しました。

9.大腸の検査法をどう思われましたか？

苦痛がなく、先生の技術的賜物と
感じました。

10.同日の胃・大腸検査法をどう思われましたか？

患者にとって、非常に有用な方法と感じました。

11.今後、また見学に来られたいと思われましたか？

ぜひお願いしたいと思いました。

12.全体的評価をお願いします。

大変勉強になりました。

今日は見学ご苦労様でした。皆様の今後になんか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