

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 2026 年 8 月 6 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ください。

藤井先生のテクニック、及び、器、機、費用、

- 3.本日の見学で一番、印象に残っていらっしゃる事をお聞かせ下さい。

藤井先生の話し、スマートさ

- 4.本日の見学で一番勉強になられたと思うことをお聞かせ下さい。

Dr. スタッフの連絡の良し.

- 5.当クリニックの印象はいかがでしたか？

朝子. スマート

- 6.当クリニックの看護師の対応はいかがでしたか？

すは〜5(1)

7.当クリニックの受付の対応はいかがでしたか？

最高のえがお

8.胃の検査法をどう思われましたか？

9.大腸の検査法をどう思われましたか？

回腸ぬれ スコープを挿入

10.同日の胃・大腸検査法をどう思われましたか？

30分での検査

11.今後、また見学に来られたいと思われましたか？

もちろん

12.全体評価をお願いします。

120点

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

医療法人社団隆風会
藤井隆広クリニック
理事長 藤井 隆広