

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。

院長の同伴

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。

院長先生と看護師とのチームワークで無駄のない働き、

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。

患者様に苦痛を与えずに、検査をすすめることと、
念頭において今朝につくこと。

5. 当クリニックの印象はいかがでしたか？

ビルのクアリティは思えない、個室やトイレがきれいで
整っている、素敵なところ

6. 当クリニックの看護師の対応はいかがでしたか？

テキパキ、声かけに無駄がなく、
思いやりに

7.当クリニックの受付の対応はいかがでしたか？

とてもいいです

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？

下剤も今後当院でも参考にしたいです。

10.同日の胃・大腸検査法をどう思われましたか？

最新の機器でとてもいいです

11.今後、また見学に来られたいと思われましたか？

勉強のために是非来たいです。

12.全体評価をお願いします。

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