

義大癌治療醫院醫師診療滿意度回饋問卷施行方式如下：

直接提供病患照護的學員每個月 2 份，由臨床老師發給病人(或家屬)，並向其解釋受評者是哪  
位醫師與回收流程。病人(或家屬寫完後請直接投入各病房的院長信箱)

## 義大癌治療醫院醫師診療滿意度回饋問卷

您好，為了讓照護您（或病患）的\_\_\_\_\_醫師瞭解您在本次住院或門診期間對他/她的感受，而能得到鼓勵或據以改善，本院期待您在此不記名的問卷中表達您的意見，感謝您的貢獻。

### 一、您的簡單背景資料（請在適當的內打✓）。

1. 您與接受照護者（患者）的關係為：

本人 配偶或伴侶 家長 子女 其他親友

2. 您此次接受醫療服務的目的為（可複選）：

健康檢查 病因追查 疾病治療（含開刀） 症狀控制 疫苗接種 妊娠分娩  
選擇性手術或治療（如美容、減重、戒菸等） 復健治療 其他\_\_\_\_\_

3. 您的性別：女性 男性

4. 您的年齡：不到 20 歲 20-29 歲 30-49 歲 50-64 歲 65 歲以上

### 二、請於下表勾選您對這位醫師的看法：

		非常 同意	同 意	無 意 見	不 同 意	非 常 不 同 意	本 次 不 適 用
1	態度親切有禮						
2	仔細檢查我（們）的狀況						
3	清楚解釋我（們）的狀況並說明各項檢查治療						
4	適時徵詢我（們）的意見						
5	尊重我（們）的隱私與尊嚴						
6	我（們）對這位醫師的照顧感到滿意						

### 三、請描述您對這位醫師的感受與想法，可以是感謝的話，也歡迎提出具體的批評指教。

---

---

---

填寫日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

請您填寫完後投入病房護理站之院長信箱

義大癌治療醫院 關心您的健康！

2019.05 修訂

負責單位：醫教課