

アンケートにご協力ください

当院は開院してから6年が経ちました。皆様にご満足いただけるようなクリニックにしていきたいと思っておりますので、皆様の貴重な『ご意見』をお聞かせ下さい。



あてはまる番号を○印で囲んでください。ご要望などあれば、空いているスペースに自由にご記入ください。

1. お子様の年齢をお聞かせください。

(ご兄弟で受診している場合はそれぞれの年齢に○をつけてください)

0歳(ヶ月)・1歳・2歳・3~6歳・7歳以上

2. 診療日や時間帯の設定は利用しやすいでしょうか。

①とても満足 ②満足 ③ふつう ④不満 ⑤とても不満

3. スタッフの対応はいかがでしたか。

①とても満足 ②満足 ③ふつう ④不満 ⑤とても不満

4. 医師の対応はいかがでしたか。

①とても満足 ②満足 ③ふつう ④不満 ⑤とても不満

5. web予約の使い勝手はいかがでしたか。

①とても満足 ②満足 ③ふつう ④不満 ⑤とても不満

6. 機会があれば、今後も当院を利用したいと思いますか。

①利用する ②わからない ③利用しない

7. 皆様のご意見や叱咤激励など、日頃当院に関して抱いている熱いメッセージをぜひお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

