

高雄榮民總醫院教學門診病患意見調查表

您好：

為培育更優秀的醫學人才，提供更好的醫療品質，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，以提供我們改進的方向。以下的問題，請您就本次門診經驗作答，在合適的答案 內打 。為保障您的權益，本問卷將由專人處理，回答內容均保密，敬請安心作答。完成後請將此問卷交回診間研究助理，謝謝您的合作與支持。

敬祝 健康快樂

高雄榮民總醫院 敬上

壹、基本背景調查，請在適當的 打 。

- 一、請問您是初次來本院看病？ 1.是 2.否
- 二、請問您是否有至「一般門診」看診 1.是 2.否
- 三、請問您是第幾次看「教學門（住）診」 1.是 2.否 3.三次以上
- 四、請問您此次就診的科別是？
- 1.小兒科 2.內科 3.牙科 4.外科 5.皮膚科
- 6.耳鼻喉科 7.呼吸治療科 8.泌尿外科 9.家醫科
- 10.神經內科 11.外經外科 12.胸腔科 13.骨科
- 14.婦產科 15.眼科 16.麻醉科 17.復健科 18.精神科
- 其他.....
- 五、您為何會選擇教學門（住）診看診？ 1.醫師介紹 2.服務台介紹 3.掛號處介紹
- 5.護士介紹 6.其他.....

貳、此部份探討，您對教學門（住）診的認識及看診情形，請在適當的 打 。

- 一、您知道何謂教學門（住）診？ 1.知道 2.不知道 3.其他.....
- 二、您掛號時，有人為您解說「教學門（住）診」的意義嗎？ 1.有 2.沒有
- 三、您知道教學門（診）診會有實習醫師在旁嗎？ 1.知道 2.不知道 3.其他.....
- 四、您對看診時，有實習醫師在旁是否感到不適？ 1.會 2.不會
- 五、您在等候看診的時間，約為 1. 10~20 分鐘 2. 20~30 分鐘 3. 30~40 分鐘
4. 40~50 分鐘 5. 50~60 分鐘 6. 60 分鐘以上
- 六、您看診時間，約為 1. 10~20 分鐘 2. 20~30 分鐘 3. 30~40 分鐘
4. 40~50 分鐘 5. 50~60 分鐘 6. 60 分鐘以上

參、此部份探討，您對專家示範門診的滿意程度，請在適當的 內打 。

滿意程度

	很 滿 意	滿 意	可 接 受	不 滿 意	很 不 滿 意
一、醫師耐心傾聽我的病情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、醫師仔細診察及詳細說明病情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、醫師專業能力好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、醫護人員尊重我的隱私	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五、您對「教學門（住）診」的掛號方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、您對此次「教學門（住）診」看診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、您對「教學門（住）診」整體的感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
八、您對「教學門（住）診」看病品質	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、您對「教學門（住）診」的醫師態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十、您對「教學門（住）診」的看診方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十一、您對「教學門（住）診」看診詳細	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二、您覺得「教學門（住）診」的看病品質較「一般門診」	<input type="checkbox"/>	1.好	<input type="checkbox"/>	2.差	
十三、您覺得「教學門（住）診」的醫師態度較「一般門診」	<input type="checkbox"/>	1.好	<input type="checkbox"/>	2.差	
十四、您覺得「教學門（住）診」的看診方式較「一般門診」	<input type="checkbox"/>	1.好	<input type="checkbox"/>	2.差	
十五、您覺得「教學門（住）診」的看診詳細較「一般門診」	<input type="checkbox"/>	1.好	<input type="checkbox"/>	2.差	
十六、您覺得「教學門（住）診」與「一般門診」是否有所不同	<input type="checkbox"/>	1.好	<input type="checkbox"/>	2.沒有	
十七、如果再次需要醫療服務，是否會再次選擇「教學門（住）診」	<input type="checkbox"/>	1.會	<input type="checkbox"/>	2.不會	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	3.不一定	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	4.其他	_____
十八、您對「教學門（住）診」是否有何建議？	_____				

肆、個人基本資料

1. 填表人：1.病患本人 2.親友 3.其他（請說明）_____
2. 性別：1.男 2.女
3. 年齡：_____歲
4. 教育程度：1.大專以上 2.高中職 3.初中 4.國小 5.不識字
5. 居住地：_____
6. 職業：1.公、教 2.商 3.工 4.軍 5.農漁牧 6.服務業
7.醫藥業 8.自由業 9.學生 10.家管 11.無 12.其他