

門診服務滿意度調查

親愛的青少年夥伴及家屬：

為提供更好的「青少年親善照護機構」服務品質，本院特此邀請您填寫這份滿意度調查問卷，本次調查結果僅供服務改善之依據，並遵守「個人資料保護法」規定，不會外洩您的個人資料，敬請安心填答。

請就下列各項服務內容勾選您的選項

	極 同 意	同 意	不 同 意	極 不 同 意	無 接 觸 無 法 填 答
1. 我對於整體服務感到滿意.....	<input type="checkbox"/>				
2. 我覺得有解決我此次看診的問題.....	<input type="checkbox"/>				
3. 我覺得掛號方便.....	<input type="checkbox"/>				
4. 我覺得醫護專業人員的態度友善.....	<input type="checkbox"/>				
5. 我可以很自在地討論我的困擾.....	<input type="checkbox"/>				
6. 我覺得醫護人員有認真地理解我的問題.....	<input type="checkbox"/>				
7. 我覺得有充分時間向醫護人員問問題.....	<input type="checkbox"/>				
8. 我覺得我有參與或獲知關於我自己的照護抉擇.....	<input type="checkbox"/>				
9. 候診室讓人覺得自在舒適.....	<input type="checkbox"/>				
10. 我覺得我的隱私有受到尊重.....	<input type="checkbox"/>				
11. 我所拿到的小冊子、衛教等資料具有實用性.....	<input type="checkbox"/>				
12. 使用「青少年身心健康評估檢核表」能讓我安心且完整地表達出我的困擾.....	<input type="checkbox"/>				
13. 我覺得「青少年親善照護機構」的標示或動線指引清楚.....	<input type="checkbox"/>				
14. 若再次有醫療需求，我會選擇掛有「青少年親善照護機構認證」標示的醫療機構.....	<input type="checkbox"/>				
15. 若有同學、親友需要醫療服務，我會介紹他們到掛有「青少年親善照護機構認證」標示的醫療機構.....	<input type="checkbox"/>				
16. 我過去一年中來此醫院就醫（不分科別）次數： <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3次 <input type="checkbox"/> 4次 <input type="checkbox"/> 5次或以上					
17. 我第一次來本機構就醫是透過： <input type="checkbox"/> 學校或其他醫院轉介 <input type="checkbox"/> 家人、親友或熟人介紹 <input type="checkbox"/> 透過媒體 <input type="checkbox"/> 就近看診 <input type="checkbox"/> 其他_____					
18. 您是： <input type="checkbox"/> 青少年本人 <input type="checkbox"/> 青少年的_____（關係） （例如父母、兄弟姊妹、師長、社工等）					
19. 青少年性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
20. 青少年年齡：民國_____年出生					
21. 青少年教育程度： <input type="checkbox"/> 研究所（含）以上 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 小學					

問卷到此結束，請再次確認有無漏答
為感謝您的協助，敬祝 健康快樂!!!