



Dr ITO Clinic 患者様アンケート  
Patient survey

Dr.伊藤クリニックでは、より良い医療サービスを提供するため、患者様にアンケートをお願いいたしております。

患者様の個人情報厳守することをお約束いたします。どうぞご協力のほどお願い申し上げます。

We would like your frank opinion as a feedback in order to pave the way for providing all the patients with better services.

Your information will be strictly kept confidential and protected by law.

Q1-8. 診察についておたずねします。 / Seeing Dr Ito	はい Yes, Definitely	ある程度は Yes, to some extent	いいえ No	わからない I don't know
1. 診察は、毎回時間通りに開始されましたか？ Did your consultation usually start on time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. あなたの健康問題を相談するのに十分な時間が確保されていましたか？ Did you have enough time to discuss your health or medical problem with the doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 医師はあなたの話にきちんと耳を傾けていましたか？ Did Dr Ito listen to you carefully?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 医師はあなたの質問にわかりやすく答えてくれましたか？ Did Dr Ito answer your important questions clearly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医師やスタッフがあなたの存在を無視して会話をすることはありませんでしたか？（なければ「はい」、あれば「いいえ」をお選びください） Did doctor and/or other staff try not to talk each other in front of you as if you weren't there?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. あなたの症状について、十分に情報が開示されましたか？ Did Dr Ito give you enough information on your conditions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 診察中のプライバシーは守られていましたか？ Was your privacy protected with a good manner during the consultation, treatment and/or examination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 治療方針を決定するにあたって、あなたの意思は尊重されましたか？ Were you totally involved in discussion when deciding your care/treatment plan, respecting your wish?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9-13. 伊藤クリニックで何らかの検査や治療を受けられた方におたずねします。 Please answer to Q9-13 if you received any examinations or treatments.				
9. 当院、または当院を通して外部施設にて受けた検査の結果について、わかりやすく説明がありましたか？ Did Dr Ito explain the results of your examination you took at Dr Ito Clinic or other affiliated hospitals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 治療や検査等を実施する目的について、わかりやすく説明がありましたか？ Did the doctor explain the reason why you needed to take a treatment or an examination, clearly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. これから行われる治療の内容や方法の説明をきちんと受けた上で、治療を受けることができましたか？ Before the treatment, did Dr Ito explain what might happen during / after it?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. リスクや効果の説明もきちんと受けた上で、治療を受けることができましたか？ Before the treatment, did Dr Ito explain any risks and/or benefits very clearly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	はい Yes, Definitely	ある程度は Yes, to some extent	いいえ No	わからない I don't know
13. 検査や治療を受けるにあたり、医師を信頼することができましたか？ Did you have confidence and trust in Dr Ito examining and treating you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14-16. 伊藤クリニックでお薬の処方を受けた方におたずねします。 Please answer to Q14-16 if you were prescribed any medicines.				
14. 新規に処方された薬の服用方法について、説明がありましたか？ Did Dr Ito explain to you how to take the new medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. その薬が処方された目的について、わかりやすい説明がありましたか？ Did you receive clear explanation about the purpose of your prescription?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 気をつけておくべき副作用について、たとえ可能性が低いものであっても、きちんと説明がありましたか？ Did you have very clear explanation about the side effects that you should know, which might occur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17-20. 総合 / Overall				
17. あなたの症状や受けた治療に関して、帰宅後に注意すべき危険信号の説明を医師から受けましたか？ Did you have very clear explanation about possible hazardous sign(s) you should know of your illness or the post treatment complication, for the foreseeable future?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 帰宅後に心配なことが起きた場合の連絡方法について、医師またはスタッフから案内がありましたか？ Did a member of staff tell you how to contact Dr Ito in case you are worried about your condition or treatment after you left us?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Dr. 伊藤クリニックについて、きちんとしている印象を受けましたか？ Did you think we were organised?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. スタッフはあなたの尊厳を重んじ、敬意を持って接していましたか？ Overall, did you feel you were treated with respect and dignity while you were at Dr Ito Clinic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

最後に、上記以外でも当院スタッフの対応や設備等、お気づきの点やご要望等ございましたらご自由にお書きください。  
Finally, do you have any comments or requests to Dr Ito or Dr Ito Clinic including our staff's manner or our facilities?

---



---



---

もしお差し支えなければ、お名前をお聞かせください(任意)。Your Name (Optional)

ご協力ありがとうございました。  
いただきましたご回答をもとに、より良い医療を提供できるようスタッフ一同努力いたします。  
Thank you very much for your time you have spent on providing the feedback.  
This will definitely help us to improve our services.