

# 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。

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，謝謝您的合作與支持。

敬祝 健康快樂

教學部 敬上

## 一、基本背景調查，請在適當的□內打✓。

1. 請問您是否曾至「一般門診」看診 1.是 2.否
2. 請問您是第幾次看「教學門診」 1.一次 2.二次 3.三次以上
3. 請問您此次就診的科別是？ \_\_\_\_\_科
4. 您為何會選擇教學門診看診？ 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\_\_\_\_\_

## 二、此部份探討，您對教學門診的認識及看診情形，請在適當的□內打✓。

1. 您知道何謂教學門診？ 1.知道 2.不知道
2. 您掛號時，有人為您解說「教學門診」的意義嗎？ 1.有 2.沒有
3. 您知道教學門診會有實習醫師在旁嗎？ 1.知道 2.不知道
4. 您對看診時，有住院醫師及見實習醫師在旁是否感到不適？ 1.會 2.不會
5. 您看診時間，約為1. 5分鐘以內 2. 6~20分鐘 3. 21~35分鐘 4. 35分鐘以上

## 三、此部份探討，您對教學門診的滿意程度，請在適當的□內打✓。

- |                             | 很滿意                      | 滿意                       | 尚可                       | 不滿意                        | 很不滿意   |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| 1. 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"/>                                 |
| 2. 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"/>                                 |
| 3. 醫師專業能力好                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 |
| 4. 醫師尊重我的隱私                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 |
| 5. 您對「教學門診」整體的感覺            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 |
| 6. 您對「教學門診」看病品質感到           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 |
| 7. 您對「教學門診」的醫師態度感到          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 |
| 8. 您對「教學門診」的看診方式感到          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                 |
| 9. 如果再次需要醫療服務，是否會再次選擇「教學門診」 |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> 會 | <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 不一定 |
| 10. 您對「教學門診」是否有何建議？         |                          |                          |                          |                            |  |

---

感恩您的配合