



佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

教學門診病人同意書

病人_____，於台北慈濟醫院教學門診就診，經 貴院醫師
說明瞭解教學醫院之臨床教學責任，立同意書人同意台北慈濟醫院教
學門診之需要，由實習醫學生/住院醫師跟診或協助醫師進行各項診
療服務。

此致

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

立同意書人（病患本人）：_____ 或

關係人（法定代理人）：與病人之關係_____

日期： 年 月 日 時 分

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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. 醫師仔細診察及詳細說明病情 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. 醫師專業能力好 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. 醫師尊重我的隱私 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. 您對「教學門診」整體的感覺 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. 您對「教學門診」看病品質感到 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. 您對「教學門診」的醫師態度感到 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. 您對「教學門診」的看診方式感到 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. 如果再次需要醫療服務，是否會再次選擇「教學門診」 | | | | ☐ 會 | ☐ 不會 ☐ 不一定 |
| 10. 您對「教學門診」是否有何建議？ | | | | | |

感恩您的配合