



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

教學門診學員意見調查表

醫師您好：

首先感謝您對教學門診的配合，為了達到更好的教學品質及創造最佳的教學環境，煩請您撥冗填寫此份問卷，並且請您提供寶貴的經驗，以作為教學門診的參考依據。

教學部 敬上

一、基本背景調查，請在適當的□內打✓。

1. 科別：_____
2. 身分：☐ 住院醫師 ☐ 實習醫學生 ☐ 見習醫學生 ☐ 其他 _____
3. 曾經參與過教學門診 ☐有 ☐無

二、此部份探討您對教學門診實施情形的看法，請在適當的□內打✓。

【註：5：很滿意、4：滿意、3：可接受、2：不滿意、1：很不滿意】

1. 您對教學門診的教學內容感到 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
2. 您對教學門診紀錄表格式感到 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
3. 您認為教學門診的開設頻率，應為何較合適？
☐ 一個月 1 次 ☐ 兩週 1 次 ☐ 一週 1 次 ☐ 其他 _____
4. 您認為教學門診中，可加強自己哪方面的學習？（可複選）
☐ 專業知識 ☐ 工作能力 ☐ 表達能力 ☐ 醫病關係 ☐ 其他 _____
5. 平均來說每位病患教學時間為何？
☐ 5 分鐘以內 ☐ 6~20 分鐘 ☐ 21~35 分鐘 ☐ 36 分鐘以上
6. 您認為每位病患教學時間以幾分鐘最適合？
☐ 15 分鐘以內 ☐ 16~30 分鐘 ☐ 31~45 分鐘 ☐ 46 分鐘以上

三、指導醫師教學情形

1. 您對於指導醫師教學的能力感到 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
2. 您對於指導醫師給您的收穫感到 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

四、您對教學門診計畫的具體建議或需要改進的地方。

感恩您的配合