

واحد یا بخش خدمت رسان : داروخانه

مشخصات فردی پاسخگو: سن : جنس : میزان تحصیلات :

نوع بیمه : تامین اجتماعی اجباری سایر باذکرنام

| ردیف | سئوالات عمومی | میزان رضایت | | | | | | توضیح |
|------|---|-------------|------|-------|--------|---------------|----------|-------|
| | | راضی کاملاً | راضی | متوسط | ناراضی | ناراضی کاملاً | بدون نظر | |
| ۱ | از طرز برخورد و رفتار پرسنل مربوطه | | | | | | | |
| ۲ | از طرز برخورد و رفتار پزشک بخش (پاتولوژیست) | | | | | | | |
| ۳ | از حضور فرد مسئول و پاسخگو به سوالات شما و ارائه راهنماییهای لازم | | | | | | | |
| ۴ | از وضعیت ظاهری ، فضا ، نور ، رنگ و تهویه بخش | | | | | | | |
| ۵ | از وضعیت بهداشت و نظافت بخش | | | | | | | |
| ۶ | از کافی بودن تعداد پرسنل برای ارائه خدمات | | | | | | | |
| ۷ | از کافی و راحت بودن صندلیها و امکانات سالن انتظار | | | | | | | |
| ۸ | از مدت زمان انتظار از پذیرش بیمار تا گرفتن دارو | | | | | | | |
| ۹ | آیا بیمار اطلاعات کافی در خصوص نحوه استفاده دارو -تداخلات دارویی و عوارض دارو را از پرسنل دریافت می نمایند (پمفلت ، دستورالعمل ، توصیه شفاهی و.....) | | | | | | | |
| ۱۰ | از نظر رعایت شئون اسلامی و رعایت احترام مراجعان | | | | | | | |
| ۱۱ | از مسئولیت پذیری پرسنل مربوطه | | | | | | | |
| ۱۲ | از مهارت و تخصص لازم پزشک مربوطه | | | | | | | |
| ۱۳ | از نظم و انضباط کاری در واحد | | | | | | | |
| ۱۴ | اگر مشکلی در این واحد برای شما پیش آمد یا شکایتی را مطرح کنید ، تاچه حد به رفع مشکل یا رسیدگی به شکایت خود در این واحد اعتماد دارید ؟ | | | | | | | |
| ۱۵ | از سرعت در انجام کار توسط منشی | | | | | | | |
| ۱۶ | از دقت در انجام کار توسط منشی و پزشک | | | | | | | |
| ۱۷ | تمایل مثبت در ارائه خدمات به ارباب رجوع | | | | | | | |
| ۱۸ | آیا به دیگران توصیه می کنید. برای این کار به این بیمارستان مراجعه نمائید؟ | بلی | | | | | | |
| | | خیر | | | | | | |
| ۱۹ | آیا در مجموع بار دیگر برای دریافت این خدمات به این واحد از بیمارستان مراجعه می نمائید؟ | | | | | | | |
| ۲۰ | آیا در مجموع از عملکرد این واحد رضایت دارید؟ | | | | | | | |
| ۲۱ | آیا قبلا به این بیمارستان مراجعه کرده اید؟ | | | | | | | |

انتقادات و پیشنهادات :

فره ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران از پاراکلینیک

واحد یا بخش خدمت رسان : فیزیوتراپی

مشخصات فردی پاسخگو : جنس : سن :
 نوع بیمه : تامین اجتماعی اجباری سایر با ذکر نام
 نوع مراجعه : بستری در بخش سرپایی

| ردیف | سؤالات عمومی | میزان رضایت | | | | | | | توضیح |
|------|--|-------------|----|-------|-----|-----------|------------|------------|---|
| | | بدون نظر | کم | متوسط | خوب | بسیار خوب | بسیار عالی | بسیار عالی | |
| ۱ | از طرز برخورد و رفتار منشی | | | | | | | | |
| ۲ | از طرز برخورد و رفتار پرسنل مربوطه | | | | | | | | |
| ۳ | از کافی بودن تعداد پرسنل برای ارائه خدمات | | | | | | | | |
| ۴ | از مهارت پرسنل برای انجام وظایف خود | | | | | | | | |
| ۵ | از پاسخگوئی ، ارائه اطلاعات و دادن راهنمایی های لازم | | | | | | | | |
| ۶ | از نحوه ارزیابی بیمار و گرفتن تاریخچه بیماری | | | | | | | | |
| ۷ | از آموزش ورزش های درمانی کتبی یا شفاهی ارائه شده در فیزیوتراپی | | | | | | | | |
| ۸ | از کنترل بیمار در طول انجام فیزیوتراپی (در زمانی که زیر دستگاه یا در حال انجام ورزش است) | | | | | | | | |
| ۹ | از وضعیت ظاهری ، فضا ، نور ، رنگ و تهویه بخش | | | | | | | | |
| ۱۰ | از وضعیت بهداشت و نظافت بخش (و دستشوئی ها) | | | | | | | | |
| ۱۱ | از نظر رعایت شئون اسلامی و رعایت احترام مراجعان | | | | | | | | |
| ۱۲ | آیا از مدت انتظار نوبت دهی فیزیوتراپی راضی هستید ؟ | | | | | | | | |
| ۱۳ | نظم و انضباط کاری واحد | | | | | | | | |
| ۱۴ | نحوه رسیدگی به مشکل یا شکایت از واحد مربوطه | | | | | | | | |
| ۱۵ | در زمان پذیرش شما (از زمان تحویل دفترچه به منشی بخش تا زمان انجام فیزیوتراپی) | | | | | | | | |
| ۱۶ | از دقت و سرعت در انجام کار منشی | | | | | | | | |
| ۱۷ | از دقت و سرعت در انجام کار پرسنل مربوطه | | | | | | | | |
| ۱۸ | آیا قبلا به این بیمارستان مراجعه کرده اید | | | | | | | | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| ۱۹ | آیا به دیگران توصیه می کنید، برای این کار به این بیمارستان مراجعه نمایند | | | | | | | | |
| ۲۰ | آیا در مجموع بار دیگر برای دریافت این خدمات به این واحد از بیمارستان مراجعه می نمائید. | | | | | | | | |
| ۲۱ | آیا در مجموع از عملکرد این واحد رضایت دارید؟ | | | | | | | | |

انتقادات و پیشنهادات :

فرم ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران از پاراکلینیک

واحد یا بخش خدمت رسان : رادیولوژی

رادیولوژی سونوگرافی سی تی اسکن
 مشخصات فردی پاسخگو : سن : جنس : میزان تحصیلات :
 نوع بیمه : تامین اجتماعی اجباری سایر با ذکر نام :
 نوع مراجعه : بستری در بخش : سرپایی

| ردیف | سؤالات عمومی | میزان رضایت | | | | | | | توضیح |
|------|---|-------------|----|-------|-----|-----------|-------------|---------------|------------------------------|
| | | بسیار بد | بد | متوسط | خوب | بسیار خوب | کاملاً راضی | کاملاً ناراضی | |
| ۱ | از طرز برخورد و رفتار منشی | | | | | | | | |
| ۲ | از طرز برخورد و رفتار پرسنل مربوطه | | | | | | | | |
| ۳ | از طرز برخورد و رفتار پزشک بخش | | | | | | | | |
| ۴ | از حضور فرد مسئول و پاسخگو به سوالات شما و ارائه راهنماییهای لازم | | | | | | | | |
| ۵ | از وضعیت ظاهری ، فضا ، نور ، رنگ و تهویه بخش (اتاق عکسبرداری - سالن انتظار - راهروهای رادیولوژی - پذیرش) | | | | | | | | |
| ۶ | از وضعیت بهداشت و نظافت بخش (و دستشویی ها) | | | | | | | | |
| ۷ | از کافی بودن تعداد پرسنل برای ارائه خدمات | | | | | | | | |
| ۸ | از مهارت و مسئولیت پذیری پرسنل برای انجام وظایف خود | | | | | | | | |
| ۹ | از کافی و مناسب بودن تجهیزات و امکانات بخش | | | | | | | | |
| ۱۰ | از کافی و راحت بودن صندلیها و امکانات سالن انتظار | | | | | | | | |
| ۱۱ | از مدت زمان انتظار از پذیرش بیمار تا گرفتن عکس | | | | | | | | |
| ۱۲ | از مدت زمان انتظار از گرفتن عکس تا تحویل جواب عکس یا رسید دریافت جواب | | | | | | | | |
| ۱۳ | از آماده بودن جواب پزشک رادیولوژی | | | | | | | | |
| ۱۴ | از پاسخگوئی ، ارائه اطلاعات و دادن راهنمایی های لازم | | | | | | | | |
| ۱۵ | آیا بیمار اطلاعات کافی در خصوص عکسبرداری و آگاهسازی از خطرات تشعشع را از پرسنل دریافت می نماید (پمفلت ، دستورالعمل ، توصیه شفاهی و.....) | | | | | | | | |
| ۱۶ | از نظر رعایت شئون اسلامی و رعایت احترام مراجعان | | | | | | | | |
| ۱۷ | از رعایت قانون و عدالت توسط کلیه پرسنل این واحد | | | | | | | | |
| ۱۸ | از نظم و انضباط کاری این واحد | | | | | | | | |
| ۱۹ | از سرعت و دقت در انجام کار این واحد | | | | | | | | |
| ۲۰ | تمایل مثبت در ارائه خدمات به ارباب رجوع | | | | | | | | |
| ۲۱ | از نحوه رسیدگی مشکل یا شکایت از واحد مربوطه | | | | | | | | |
| ۲۲ | آیا از نحوه نوبت دهی (سونوگرافی، رادیولوژی / سی تی اسکن) راضی هستید ؟ | | | | | | | | لطفاً تعداد روز نوبت ذکر شود |
| ۲۳ | آیا قبلاً به این بیمارستان مراجعه کرده اید | | | | | | | | |
| ۲۴ | آیا به دیگران توصیه می کنید، برای این کار به این بیمارستان مراجعه نمایید | | | | | | | | |
| ۲۵ | آیا در مجموع بار دیگر برای دریافت این خدمات به این واحد از بیمارستان مراجعه می نمایید. | | | | | | | | |
| ۲۶ | آیا در مجموع از عملکرد این واحد رضایت دارید | | | | | | | | |

انتقادات و پیشنهادات :

واحد یا بخش خدمت رسان : آزمایشگاه

مشخصات فردی پاسخگو سن : جنس : میزان تحصیلات :

نوع بیمه : تامین اجتماعی اجباری سایر باذکر نام

نوع مراجعه: بستری در بخش : سرپایی

| ردیف | سئوالات عمومی | میزان رضایت | | | | | | توضیح |
|------|--|-------------|------|-------|--------|---------------|----------|-------|
| | | راضی کاملاً | راضی | متوسط | ناراضی | کاملاً ناراضی | نظر بدون | |
| ۱ | از طرز برخورد و رفتار منشی به هنگام جواب دهی | | | | | | | |
| ۲ | از سرعت ، دقت ، مسئولیت پذیری منشی در هنگام پذیرش وجواب دهی | | | | | | | |
| ۳ | از طرز برخورد و رفتار پرسنل نمونه گیری | | | | | | | |
| ۴ | از طرز برخورد و رفتار پزشک | | | | | | | |
| ۵ | از مهارت،مسئولیت پذیری، سرعت ودقت پرسنل در هنگام نمونه گیری و کیفیت کار | | | | | | | |
| ۶ | از حضور فرد مسئول و پاسخگو به سوالات شما و ارائه راهنماییهای لازم | | | | | | | |
| ۷ | از رعایت طرح انطباق درحین نمونه گیری (نمونه گیری خانم ها توسط پرسنل خانم و نمونه گیری آقایان توسط پرسنل آقا) | | | | | | | |
| ۸ | از کافی بودن تعدادپرسنل برای ارائه خدمات | | | | | | | |
| ۹ | از کافی و مناسب بودن تجهیزات وامکانات بخش | | | | | | | |
| ۱۰ | ازکافی وراحت بودن صندلیها و امکانات سالن انتظار | | | | | | | |
| ۱۱ | از مدت زمان انتظار از پذیرش بیمار تا گرفتن نمونه از بیمار | | | | | | | |
| ۱۲ | از مدت زمان جوابدهی | | | | | | | |
| ۱۳ | آماده بودن جواب و عدم معطلی در هنگام اخذ جواب | | | | | | | |
| ۱۴ | از وضعیت بهداشت و نظافت بخش و اتاق نمونه گیری | | | | | | | |
| ۱۵ | از بهداشت و وضعیت ظاهری ، فضای عمومی ، نور ، رنگ و تهویه فضای پذیرش | | | | | | | |
| ۱۶ | از وضعیت ظاهری ، فضای عمومی ، نور ، رنگ و تهویه اتاق نمونه گیری | | | | | | | |
| ۱۷ | از وضعیت ظاهری ، فضای عمومی ، نور ، رنگ و تهویه بخش وسالنهائ انتظار | | | | | | | |
| ۱۸ | نظافت و بهداشت وامکانات دستشویی ،تعداد مواد شوینده | | | | | | | |
| ۱۹ | از نظر رعایت شئون اسلامی و رعایت احترام مراجعان | | | | | | | |
| ۲۰ | آیا بیمار اطلاعات کافی در خصوص آزمایشات مختلف را از پرسنل دریافت می نماید (پمفلت دستورالعمل ، توصیه شفاهی و.....) | | | | | | | |
| ۲۱ | درصورت وجود مشکل یا طرح شکایت از رسیدگی به شکایت واحد مربوطه | | | | | | | |
| ۲۲ | از رعایت قانون وعدالت در ارائه خدمات | | | | | | | |
| ۲۳ | از نظم وانضباط کاری در این واحد | | | | | | | |
| ۲۴ | از مدیریت زمان پذیرش شما و ارائه خدمات در این واحد | | | | | | | |
| ۲۵ | آیا قبلا به این بیمارستان مراجعه کرده اید؟ | بلی | | | | | | |
| | | خیر | | | | | | |
| ۲۶ | آیا به دیگران توصیه می کنید،برای این کار به این بیمارستان مراجعه نمایند | | | | | | | |
| ۲۷ | آیا در مجموع بار دیگر برای دریافت این خدمات به این واحد از بیمارستان مراجعه می نمائید. | | | | | | | |
| ۲۸ | آیا در مجموع از عملکرد این واحد رضایت دارید | | | | | | | |

انتقادات و پیشنهادات :