

病病・病診連携に係るアンケートご協力をお願い

平素は国立病院機構姫路医療センターの地域連携にご理解とご協力を賜わり厚く御礼申し上げます。

当センターは地域の先生方及び患者さんに満足していただける病院を目指し、医療の質の向上に日々努めております。つきましては、当センターの医療や病病・病診連携等について評価していただき、医療・システム・サービス等の向上に役立てたいと存じます。

ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、今回先生方より頂戴しました本調査内容については、当センターのサービス向上の為に利用し、その他の目的で利用することはございません。

地域の先生方におかれましては、患者さんのご紹介及びさらなる医療連携にご協力賜わりますよう、今後とも宜しくお願い申し上げます。

◆記入上の注意◆

- (1)このアンケートは、当センターの病病・病診連携等に対する先生方のお考えをお尋ねするものです。
重要だと考える程度(1~5段階)を1つ選んで○をつけてください。
- (2)ご記入いただいたアンケートは、同封いたしました返信用封筒によりご送付いただくか、FAX(079-225-3317)でも承っております。また、ご連絡いただきましたら受け取りにも伺いますのでお気軽にお申し付けください。また、電子媒体を当センターのホームページ「医療関係者の方ページ」に掲載しておりますので、そちらをご利用いただいても結構です。なお、以下のQRコードからもご回答いただけますので、是非ご利用ください。
- (3)記入方法など、ご不明な点がございましたら、下記の地域医療連携室担当者までお尋ねください。

大変恐縮ではございますが、11月30日(土)までにご回答くださいますよう重ねてお願い申し上げます。



【お問合せ先】 独立行政法人国立病院機構姫路医療センター
担当者 地域医療連携室 古谷
TEL(直通) (079)288-1355
FAX(直通) (079)225-3317
メール 413-2.chiikirenkei@mail.hosp.go.jp

I 患者紹介についてお尋ねします

1) 当センターに患者さんを紹介して下さったことはありますか。	1 ある 2 ない
2) 当センターは患者さんを紹介しやすいと思われますか。	1しやすい 2しにくい 3どちらでもない
3) 差し支えなければ、上記2の回答をされた理由を教えてください。	

II 紹介先医療機関を選定するにあたり、以下の項目についてどの程度重要視されますか。

「5 非常に重要視している」から「1 重要視していない」までの5つから、あてはまるものを、それぞれ1つ選び○で囲んでください。なお、複数の診療科が該当する場合は、全体的な評価を記入してください。

項目	5 非常に重要 視している	4 重要視して いる	3 どちらとも いえな い	2 あまり重要 視して いない	1 重要視して いない
1) 患者さんの希望	5	4	3	2	1
2) 紹介先までのアクセスのし易さ	5	4	3	2	1
3) 紹介先医療機関の医師と顔見知りである。	5	4	3	2	1
4) 紹介先医療機関の医師の医局(出身大学)	5	4	3	2	1
5) 紹介した患者さんについて報告(返書)がこまめにある。	5	4	3	2	1
6) 紹介受付窓口の職員対応	5	4	3	2	1
7) 紹介依頼から返事までにかかる時間	5	4	3	2	1
8) 紹介依頼から診察までにかかる日数	5	4	3	2	1
9) 紹介先医療機関の診療実績	5	4	3	2	1
10) 紹介先医療機関の保有する医療機器や設備	5	4	3	2	1
11) 紹介先医療機関からの診療案内の情報(冊子)	5	4	3	2	1
12) 紹介先医療機関からの診療案内の情報(ホームページ)	5	4	3	2	1
13) 紹介先医療機関からの逆紹介実績	5	4	3	2	1
14) 紹介先医療機関が実施している勉強会などの情報	5	4	3	2	1

III 紹介先医療機関を選定するにあたり、上記項目以外に重要視される事項がありましたら、教えてください。

IV その他、当センターへのご意見等がございましたら、ご自由にご記載ください。

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。