



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
 معاونت درمان  
 پرسشنامه سنجش میزان رضایت بیماران بستری بین الملل

تاریخ تکمیل فرم :

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان :

نام بخش :	مدت بستری : روز.....	آیا قبلا در این بیمارستان بستری بوده اید؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	محل سکونت : شهر <input type="radio"/> روستا <input type="radio"/>
جنس : زن <input type="radio"/> مرد <input type="radio"/>	سن : .... سال	میزان تحصیلات : بیسواد <input type="radio"/> زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم <input type="radio"/> فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس و بالاتر <input type="radio"/>	
نحوه بستری در بیمارستان : معرفی پزشک <input type="radio"/> شرکت <input type="radio"/> سایت بیمارستان <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>			

سوال	نگهبانی				مورد نداشت
1	آیا از نحوه برخورد نگهبانان بیمارستان راضی هستید؟				
	اطلاعات				
2	آیا از وجود راهنمایی های لازم از سوی واحد اطلاعات در بدو ورود به بیمارستان راضی هستید؟				
3	آیا از وجود تابلوهای راهنما در قسمتهای مختلف بیمارستان رضایت دارید؟				
	پذیرش				
4	آیا از نحوه برخورد و رفتار کارکنان IPD راضی هستید؟				
5	آیا از طول مدت انتظار از زمان تشکیل پرونده تا انتقال به بخش راضی هستید؟				
	پزشکان معالج				
6	آیا از نحوه برخورد و رفتار پزشکان راضی هستید؟				
7	آیا از حضور به موقع پزشکان در مواقع مورد نیاز راضی هستید؟				
8	آیا از آموزشهای ارائه شده توسط پزشکان (در طول درمان و ترخیص) راضی هستید؟				
9	آیا از پاسخگویی پزشکان به سوالات خود رضایت دارید؟				
10	آیا از کشیدن پرده و رعایت حریم شخصی حین انجام اقدامات پزشکی رضایت دارید؟				
	کادر پرستاری				
11	آیا از نحوه برخورد و رفتار پرستاران راضی هستید؟				
12	آیا از پاسخ به موقع پرستاران به زنگ اخبار رضایت دارید؟				
13	آیا از آموزشهای ارائه شده توسط پرستاران (بدو ورود، در طول درمان و ترخیص) راضی هستید؟				
14	آیا از کشیدن پرده و رعایت حریم شخصی حین انجام اقدامات پرستاری راضی هستید؟				
	خدمات تشخیصی				
15	آیا در صورت نیاز به روشهای تشخیصی مانند رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن و ... از نحوه انجام آن رضایت دارید؟				
16	آیا در صورت نیاز به روشهای تشخیصی آزمایشگاهی از نحوه انجام آن راضی هستید؟				
17	آیا از نحوه برخورد و رفتار پرسنل در واحدهای تشخیصی راضی هستید؟				
18	آیا از رعایت حریم خصوصی حین انجام اقدامات تشخیصی راضی هستید؟				
	محیط و خدمات بخش				
19	آیا از نحوه برخورد و رفتار کارکنان خدماتی راضی هستید؟				
20	میزان رضایت شما از نحوه انتقال به بخش و یا جابه جایی بین قسمت های مختلف بیمارستان چگونه است؟				
21	آیا از وضعیت نظافت و تمیزی بخش راضی هستید؟				
22	آیا از کیفیت و نحوه تعویض ملافه و پتو و لباس رضایت دارید؟				
23	آیا از امکانات رفاهی (تلویزیون، صندلی، آب سردکن، تلفن، روشنایی، تخت، تلفن و نمازخانه، وضعیت سرمایش، گرمایش و تهویه اتاق) رضایت دارید؟				
24	آیا از کیفیت غذا راضی هستید؟				

آیا تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ بلی  خیر  (در صورت پاسخ بلی موارد زیر را پاسخ دهید)

مورد نداشت	1	2	3	4	اتاق عمل جراحی
					26 آیا از نحوه برخورد و رفتار پرسنل اتاق عمل راضی هستید؟
					27 آیا از انجام عمل جراحی در وقت تعیین شده رضایت دارید؟
					28 آیا از ارائه آگاهی های لازم پیش از عمل جراحی راضی هستید؟
					29 آیا از نحوه مراقبت پس از اتاق عمل رضایت دارید؟

مورد نداشت	1	2	3	4	مدیریت بیمارستان
					30 آیا از عملکرد واحد IPD بیمارستان رضایت دارید؟
					31 آیا از فراهم بودن داروهای تجویز شده رضایت دارید؟
					32 آیا از رسیدگی به اعتراضات و شکایتهای بیماران در این بیمارستان راضی هستید؟
					33 آیا از امکاناتی رفاهی مانند بوفه ، اینترنت و .... در این بیمارستان رضایت دارید؟

35- در مجموع میزان رضایت خود را از خدمات بیمارستان را در چه سطحی ارزیابی می نمایید؟

زیاد  متوسط  کم

36- آیا در صورت نیاز مجدد به بستری خود یا یکی از نزدیکان مایل هستید دوباره به این بیمارستان مراجعه کنید؟

بلی  خیر   
لطفاً هر گونه انتقاد یا پیشنهادی دارید مرقوم بفرمایید

با تشکر ..