

| |
|-----------------------------|
| セミオープンシステム分娩施設・健診施設利用者アンケート |
|-----------------------------|

| |
|----------|
| 分娩施設利用者用 |
|----------|

セミオープンシステムを利用された方へ アンケートのお願い

当院では地域の開業医の施設と連携して、セミオープンシステムでの妊婦健診を行っています。セミオープンシステムでの妊婦健診は全国的にも初めての試みで、現状が十分に把握されていません。そこで、実際に通院されていた妊婦の皆様にご意見を聞くことで現状を把握し、今後のセミオープンシステムでの妊婦健診の改善につなげたいと思いますので、ご協力くださるようお願いいたします。なお、このアンケートで得られた情報は目的以外に使用することはありません。

年齢 歳 職業 () (初産・経産 人目)

健診施設名 ()

分娩施設名 ()

●セミオープンシステムでの妊婦健診を希望した理由をお聞かせください。(複数回答可)

あてはまるものに○を、選択肢のある場合はあてはまるものを○でかこんで下さい。

() 通院に便利だから(自宅に近い・職場に近い・その他 理由)

() 待ち時間が短いから

() 午後や土曜日の診療をしているから

() 医師に勧められたから(連携医・当院)

() 連携施設で分娩を取り扱っていないから

() その他 理由

●セミオープンシステムでの妊婦健診をうけてどうでしたか。

あてはまるものを○でかこんで下さい。

(良かった 悪かった どちらともいえない)

●セミオープンシステムでの妊婦健診を行ってみての感想をお聞かせください。

〈良かったところ〉

〈困ったところ〉

ありがとうございました。