

## 『EZマークアンケート』テンプレートについて

各テンプレートは、『EZマークアンケート』で、内容を変更して使用してください。  
調査票シートは、『EZマークアンケート』で印刷したものを使用してください。  
用紙は、普通紙を使用できますが、下記の点に注意して印刷を行ってください。

### ○ 両面シートの印刷について

シートの印刷に薄い用紙を使用すると、読み取りの際に、裏写りして誤認識する場合がありますので、必ず、厚手の用紙を使用してください。

### ○ 補正マークについて

シートを印刷すると、シート上部の左右に“■”（2mm角）が印字されます。

シートが傾いたりズレたりしてスキャニングされた場合に、このマークを基準に位置の補正を行います。

また、このマークで表面と裏面の識別も行っています。

そのため、シートの表と裏が混在しても読み取ることができます。

このように、この“■”は、とても大事なマークです。

したがって、シートを印刷したら、必ず、このマークが濃い黒でくっきりと、左右均等の位置に印字されているか確認してください。

プリンタ出力したシートをコピーして、このマークが欠けてしまうと、そのシートは読めません。

### ○ 精度の悪い機器は使わないで

プリンタの精度が悪いと、補正マークの写りが薄かったり、印刷むら（濃淡）ができますので、精度の悪いプリンタの使用は避けてください。

### ○ 紙送り時のトラブル

シートの印刷に、レーザープリンタやコピー機を使うと、スキャニングの際に重送によるトラブルが発生することがあります。

印刷時に高熱をかけるためシートが湾曲して用紙同士がくっつきやすくなるからです。

その場合、シートを十分にさばいてから読み取り処理を行ってください。

シートの印刷は、インクジェット等、用紙に熱をかけないプリンタを利用する方が、紙送り時のトラブルを減らすことができます。

### ○ 十分に読み取りテストを

作成した調査票シートを間違いなく読み取りできるか、お使いのスキナで十分にテストを行ってください。

ご不明な点につきましては、下記までお問い合わせください。

# 患者満足度調査アンケート（外来）

ご満足いただける〇〇〇〇病院となるために、あなたのご意見をお聞かせ下さい。

該当する欄のマークを塗りつぶしてください。（ひとつだけ選んでください）

.....

良い例	悪い例

男 性別	女	10才未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90才以上
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
内科 診療科	消化器内科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科				
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	形成外科				
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
15分未満	30分未満	1時間未満	1時間30分未満	2時間未満	3時間未満	3時間以上	受診していない				
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				

		満 足	やや満足	まずまず	やや不満	不 満
1	診察までの待ち時間.....	〇	〇	〇	〇	〇
2	会計の待ち時間.....	〇	〇	〇	〇	〇
3	待合室の設備や雰囲気.....	〇	〇	〇	〇	〇
4	駐車場の広さや使いやすさ.....	〇	〇	〇	〇	〇
5	案内表示のわかりやすさ.....	〇	〇	〇	〇	〇
6	受診手順(来院～会計)のわかりやすさ.....	〇	〇	〇	〇	〇
7	診察室でのプライバシーへの配慮.....	〇	〇	〇	〇	〇
8	診察室の設備や雰囲気.....	〇	〇	〇	〇	〇
9	診療時間・予約時間への配慮.....	〇	〇	〇	〇	〇
10	治療を納得して受けることができた.....	〇	〇	〇	〇	〇
11	トイレや洗面所の使い心地や清潔さ.....	〇	〇	〇	〇	〇
12	段差や障害物をなくすなどのバリアフリーへの対応.....	〇	〇	〇	〇	〇
13	売店の利用しやすさ.....	〇	〇	〇	〇	〇

裏面への記入もお願いします。

		満 足	やや満足	まずまず	やや不満	不 満
14	ホームページの見やすさ・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
15	施設面全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
16	医師の言葉遣いや態度・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
17	医師はあなたの話をじっくり聞いてくれた・・・・・・・・	0	0	0	0	0
18	医師からわかりやすい説明を受けた・・・・・・・・	0	0	0	0	0
19	医師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・	0	0	0	0	0
20	医師に対する信頼度・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
21	医師の対応全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
22	看護師の言葉遣いや態度・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
23	看護師は、じっくり話を聞いてくれた・・・・・・・・	0	0	0	0	0
24	看護師からわかりやすい説明を受けた・・・・・・・・	0	0	0	0	0
25	看護師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・	0	0	0	0	0
26	看護師に対する信頼度・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
27	看護師の対応全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
28	診療面全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
29	当院について総合的にはどう思われますか・・・・・・・・	0	0	0	0	0

ご意見やご要望などありましたら、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

# 患者満足度調査アンケート（外来）

ご満足いただける〇〇〇〇病院となるために、あなたのご意見をお聞かせ下さい。

該当する欄にチェック(レ)してください。(ひとつだけ選んでください)

.....

性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	10才未満 年齢 <input type="checkbox"/>	10代 <input type="checkbox"/>	20代 <input type="checkbox"/>	30代 <input type="checkbox"/>	40代 <input type="checkbox"/>	50代 <input type="checkbox"/>	60代 <input type="checkbox"/>	70代 <input type="checkbox"/>	80代 <input type="checkbox"/>	90才以上 <input type="checkbox"/>				
診療科	内科 <input type="checkbox"/>	消化器内科 <input type="checkbox"/>	循環器内科 <input type="checkbox"/>	小児科 <input type="checkbox"/>	外科 <input type="checkbox"/>	整形外科 <input type="checkbox"/>	脳神経外科 <input type="checkbox"/>	皮膚科 <input type="checkbox"/>	泌尿器科 <input type="checkbox"/>	産婦人科 <input type="checkbox"/>	眼科 <input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/>	歯科口腔外科 <input type="checkbox"/>	放射線科 <input type="checkbox"/>	麻酔科 <input type="checkbox"/>	形成外科 <input type="checkbox"/>
待ち時間	15分未満 <input type="checkbox"/>	30分未満 <input type="checkbox"/>	1時間未満 <input type="checkbox"/>	1時間30分未満 <input type="checkbox"/>	2時間未満 <input type="checkbox"/>	3時間未満 <input type="checkbox"/>	3時間以上 <input type="checkbox"/>	受診していない <input type="checkbox"/>								

		満 足	やや満足	ま ず ま ず	やや不満	不 満
1	診察までの待ち時間.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	会計の待ち時間.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	待合室の設備や雰囲気.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	駐車場の広さや使いやすさ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	案内表示のわかりやすさ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	受診手順(来院～会計)のわかりやすさ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	診察室でのプライバシーへの配慮.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	診察室の設備や雰囲気.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	診療時間・予約時間への配慮.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	治療を納得して受けることができた.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	トイレや洗面所の使い心地や清潔さ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	段差や障害物をなくすなどのバリアフリーへの対応.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	売店の利用しやすさ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

裏面への記入もお願いします。

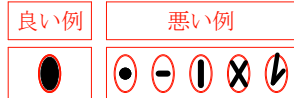
		満 足	やや満足	まずまず	やや不満	不 満
14	ホームページの見やすさ・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	施設面全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	医師の言葉遣いや態度・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	医師はあなたの話をじっくり聞いてくれた・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	医師からわかりやすい説明を受けた・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	医師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	医師に対する信頼度・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	医師の対応全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	看護師の言葉遣いや態度・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	看護師は、じっくり話を聞いてくれた・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	看護師からわかりやすい説明を受けた・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	看護師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	看護師に対する信頼度・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	看護師の対応全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	診療面全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	当院について総合的にはどう思われますか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご意見やご要望などありましたら、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

# 患者満足度調査アンケート（入院）

ご満足いただける〇〇〇〇病院となるために、あなたのご意見をお聞かせ下さい。  
該当する欄のマークを塗りつぶしてください。（ひとつだけ選んでください）



男 性別	女	10才未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90才以上
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
内科	消化器内科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科				
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科	放射線科	麻酔科	形成外科				
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
1週間以内	2週間以内	1ヶ月以内	3ヶ月以内	3ヶ月以上	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

		満 足	やや満足	まずまず	やや不満	不 満
1	案内表示のわかりやすさ	〇	〇	〇	〇	〇
2	病室の雰囲気	〇	〇	〇	〇	〇
3	プライバシーへの配慮	〇	〇	〇	〇	〇
4	テレビや冷蔵庫の設備	〇	〇	〇	〇	〇
5	病室の清潔感や快適性	〇	〇	〇	〇	〇
6	浴室の清潔感	〇	〇	〇	〇	〇
7	治療を納得して受けることができた	〇	〇	〇	〇	〇
8	トイレや洗面所の使い心地や清潔さ	〇	〇	〇	〇	〇
9	段差や障害物をなくすなどのバリアフリーへの配慮	〇	〇	〇	〇	〇
10	施設面全般について	〇	〇	〇	〇	〇
11	医師の言葉遣いや態度	〇	〇	〇	〇	〇
12	医師はあなたの話をじっくり聞いてくれた	〇	〇	〇	〇	〇
13	医師からわかりやすい説明を受けた	〇	〇	〇	〇	〇

裏面への記入もお願いします。

		満 足	やや満足	まずまず	やや不満	不 満
14	医師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
15	医師に対する信頼度・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
16	医師の対応全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
17	看護師の言葉遣いや態度・・・・・・・・・・・・・・・・	0	0	0	0	0
18	看護師のナースコールの対応はいかがでしたか・・・・・・・・	0	0	0	0	0
19	看護師の食事の援助はいかがでしたか・・・・・・・・	0	0	0	0	0
20	看護師はあなたの話をじっくり聞いてくれた・・・・・・・・	0	0	0	0	0
21	看護師からわかりやすい説明を受けた・・・・・・・・	0	0	0	0	0
22	看護師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・	0	0	0	0	0
23	看護師に対する信頼度・・・・・・・・	0	0	0	0	0
24	看護師の対応全般について・・・・・・・・	0	0	0	0	0
25	診療面全般について・・・・・・・・	0	0	0	0	0
26	食事のメニューはいかがでしたか・・・・・・・・	0	0	0	0	0
27	食事の味はいかがでしたか・・・・・・・・	0	0	0	0	0
28	食事全般はいかがでしたか・・・・・・・・	0	0	0	0	0
29	当院について総合的にはどう思われますか・・・・・・・・	0	0	0	0	0

ご意見やご要望などありましたら、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

# 患者満足度調査アンケート（入院）

ご満足いただける〇〇〇〇病院となるために、あなたのご意見をお聞かせ下さい。

該当する欄にチェック(レ)してください。(ひとつだけ選んでください)

.....

性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	10才未満 年齢 <input type="checkbox"/>	10代 <input type="checkbox"/>	20代 <input type="checkbox"/>	30代 <input type="checkbox"/>	40代 <input type="checkbox"/>	50代 <input type="checkbox"/>	60代 <input type="checkbox"/>	70代 <input type="checkbox"/>	80代 <input type="checkbox"/>	90才以上 <input type="checkbox"/>				
診療科	内科 <input type="checkbox"/>	消化器内科 <input type="checkbox"/>	循環器内科 <input type="checkbox"/>	小児科 <input type="checkbox"/>	外科 <input type="checkbox"/>	整形外科 <input type="checkbox"/>	脳神経外科 <input type="checkbox"/>	皮膚科 <input type="checkbox"/>	泌尿器科 <input type="checkbox"/>	産婦人科 <input type="checkbox"/>	眼科 <input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/>	歯科口腔外科 <input type="checkbox"/>	放射線科 <input type="checkbox"/>	麻酔科 <input type="checkbox"/>	形成外科 <input type="checkbox"/>
入院期間	1週間以内 <input type="checkbox"/>	2週間以内 <input type="checkbox"/>	1ヶ月以内 <input type="checkbox"/>	3ヶ月以内 <input type="checkbox"/>	3ヶ月以上 <input type="checkbox"/>	病棟	〇〇〇〇 <input type="checkbox"/>	〇〇〇〇 <input type="checkbox"/>	〇〇〇〇 <input type="checkbox"/>	〇〇〇〇 <input type="checkbox"/>	〇〇〇〇 <input type="checkbox"/>	〇〇〇〇 <input type="checkbox"/>				

		満足	やや満足	まずまず	やや不満	不満
1	案内表示のわかりやすさ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	病室の雰囲気.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	プライバシーへの配慮.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	テレビや冷蔵庫の設備.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	病室の清潔感や快適性.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	浴室の清潔感.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	治療を納得して受けることができた.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	トイレや洗面所の使い心地や清潔さ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	段差や障害物をなくすなどのバリアフリーへの配慮.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	施設面全般について.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	医師の言葉遣いや態度.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	医師はあなたの話をじっくり聞いてくれた.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	医師からわかりやすい説明を受けた.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

裏面への記入もお願いします。



		満 足	やや満足	まずまず	やや不満	不 満
14	医師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	医師に対する信頼度・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	医師の対応全般について・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	看護師の言葉遣いや態度・・・・・・・・・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	看護師のナースコールの対応はいかがでしたか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	看護師の食事の援助はいかがでしたか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	看護師はあなたの話をじっくり聞いてくれた・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	看護師からわかりやすい説明を受けた・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	看護師への質問や相談のしやすさ・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	看護師に対する信頼度・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	看護師の対応全般について・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	診療面全般について・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	食事のメニューはいかがでしたか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	食事の味はいかがでしたか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	食事全般はいかがでしたか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	当院について総合的にはどう思われますか・・・・・・・・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご意見やご要望などありましたら、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。