

附件 13

## 老年人居家医疗健康服务满意度调查表

\_\_\_\_\_ (医疗机构)

(责任医务人员□医疗护理员□) 姓名: \_\_\_\_\_

调查事项	非常满意	基本满意	不满意
1.对老年人居家医疗健康服务形式的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.对居家医疗健康服务项目和内容的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.对工作人员服务态度的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.对工作人员工作及时性和主动性的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.对工作人员业务能力的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.对工作人员品德表现的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.对工作人员语言和行为的满意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

其他 (请简要说明): \_\_\_\_\_

服务对象□ 法定代理人□ 签名:

评估家属签名:

关系:

日期: