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 |  | □ | □ | □ |
| 2.对居家医疗健康服务项目和内容的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 3.对工作人员服务态度的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 4.对工作人员工作及时性和主动性的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 5.对工作人员业务能力的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 6.对工作人员品德表现的满意度 |  | □ | □ | □ |
| 7.对工作人员语言和行为的满意度 |  | □ | □ | □ |

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：