**医療機関（健診実施機関）から定期通院者に対する  
健診受診勧奨についてのアンケート**

医療機関名：

★受診勧奨終了後に

御記入いただき、

FAXでお送りください。

記入者名：

電話番号：

**あてはまるものに〇をつけてください。**

|  |
| --- |
| **問１．実施期間についてどう思われますか？**  ア．短かった　　　イ．適切だった　　　ウ．長かった |
| **問２．受診勧奨シートの使いやすさはいかがでしたか？**  ア．使いやすかった　　　イ．使いにくかった  その理由： |
| **問３．受診勧奨シートの活用の内訳を教えてください。**  **（１０枚単位など、おおまかな数で構いません。）**  ・受診に繋がった数　　　　　枚  ・受診済・受診予定であった数　　　　　枚  ・受診希望なし、あるいは人間ドックを受診済・受診予定であった数　　　　　枚  ・使用せず廃棄した数　　　　　枚 |
| **その他、御意見等ございましたら御記入ください。** |

**受診勧奨およびアンケートに御協力いただき、誠にありがとうございました。**