お客様アンケート

Ｑ１．ご記入頂いている方の所属はどちらですか？

□感染管理（医療安全）専従　□病棟　□中央材料室

□その他（　　）

Ｑ２．ベッドパンウォッシャーをお使いですか？

□　YES（⇒Ｑ３へ）　　□NO（⇒Ｑ４へ）

Ｑ３．ご使用に満足ですか？

□　YES　　□NO（⇒Ｑ６へ）

Ｑ４．ベッドパンウォッシャーの購入を検討されていますか？

□　YES（⇒Q5へ）　　□NO

Ｑ５．ベッドパンウォッシャーの購入において重要だと考えておられるものを3つあげて下さい。

□価格　□使いやすさ　□洗浄の確実性　□洗浄時間　□被洗浄物の量

□メンテナンス体制　□導入へのバックアップ　□ランニングコスト

□その他（　　）

Ｑ６．ベッドパンウォッシャーご使用で不満だと感じられるものを3つあげて下さい。

□価格　□使いやすさ　□洗浄の確実性　□洗浄時間　□被洗浄物の量

□メンテナンス体制　□導入後のフォロー　□ランニングコスト

□その他（　　）

名刺添付またはご記入願います。

貴院名：

部署　：

お名前：

その他ご意見などございましたら、ご記入下さい。

アンケートご協力ありがとうございました。