

## 薬局についてのアンケート

より良い薬局づくりのため、率直なご意見・ご要望をお聞かせください。

選択式の設問はすべてご回答をお願いしております。

お手数をおかけいたしますが、すべての質問にご回答いただけますと幸いです。

※本アンケートは匿名で実施しており、個人情報のご記入は不要です。

■あなたご自身について、お伺いします。あてはまるものにチェックをつけてください。

性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 回答しない				
年齢	<input type="checkbox"/> 29歳以下	<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代以上

Q1. この薬局にご来局いただいたのは何回目でしょうか。

- 初めて利用した       2回から4回利用した       5回以上利用している

Q2. この薬局に対するあなたの満足度をお選びください。該当する数字に○を付けてください。

期待していない	←				期待以下	期待通り				→	期待を超える
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		

Q3. この薬局の以下の事柄について、それぞれあてはまるものにチェックをつけてください。

●接客	満足	やや満足	やや不満足	不満足
薬局内の居心地				
待ち時間の適切さ				
プライバシーへの配慮				
薬剤師やスタッフの対応				
薬の説明のわかりやすさ				

**アンケートは裏面に続きます**

