（医療機関用）2025年度JMSご賛同医療機関へのアンケートのお願い

記入日2025年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴機関名 |  | 回答者の職位 | 例）医師、看護師、事務職など | 都道府県名 |  |
|  |

1. 2025年度　JMSに参加して

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  ①よかった | [ ]  ②よくなかった | [ ]  ③どちらでもない |
| 上記を選択された理由  |

2. 今回の結果について

1）全体　　　　　　　　　　　　　2）内訳　※自主検診は人間ドック含む、職場検診のオプションで受ける場合は職場検診とする

|  |  |
| --- | --- |
| 予約定員 | 受診者数 |
|  | 人 |  | 人 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自費検診 | 市民検診 | 無料ｸｰﾎﾟﾝ | 職場検診 | その他 |
|  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |

3. 貴エリアにおいてJMSが掲載（紹介）されたものがあればチェックを入れてください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新聞・雑誌 | テレビ | ラジオ | 情報紙 | 市の広報紙 | その他 |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

4. 貴機関での広報活動について教えてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] 　①病院内にポスター掲示　 | [ ] 　②病院HPでの告知　 | [ ] 　③自治体広報へ掲載 |
| [ ] 　④ポスター掲示の依頼**（病院外）**依頼先： |  |
| [ ] 　⑤TV、新聞、情報誌への掲載依頼　媒体名： |  |
| [ ] 　⑥街頭での広報　内容： |  |
| [ ] ⑦その他　内容： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. | 来年度もJMSに参加されますか  | [ ] 　①はい | [ ] 　②いいえ | [ ] 　③不明 |
| 6. | JMS参加医療機関は啓発ﾃｨｯｼｭｷｬﾝﾍﾟｰﾝの応募資格があったのをご存じでしたか？ | [ ] 　①はい | [ ] 　②いいえ |
| 7. | 来年、啓発ﾃｨｯｼｭｷｬﾝﾍﾟｰﾝがあれば応募されますか？ | [ ] 　①はい | [ ] 　②いいえ |
| 8. | JMSの媒体物についてご意見・ご要望をお聞かせください |
| 9.　 | JMSに対するご意見・ご要望をお聞かせください  |
| 〇受診者用アンケートと合わせてご返送ください。〇10枚以上の場合は郵送またはメール（PDFファイル）でお願いいたします。　　〇実施日の関係上、提出期限に間に合わない場合は実施後すみやかにご送付ください。 |
| 〒538-0043　大阪市鶴見区今津南2-6-3　認定NPO法人J.POSHTEL：06-6962-5071　 FAX：06-6962-0065　 E-mail：jposh@j-posh.com | **提出期限****10月末日** |