お申込みいただいた見学会当日の内容や今後の５S活動の参考にいたしますので、研修の申請をされる際に、こちらのアンケートも併せてご提出ください。また、貴院の現状や５S活動が必要だと思われる場所の写真も、本院で用意している様式をご利用の上、ご提出ください。

アンケートⅠ（５S見学前）

所属医療機関名：

氏名：

１．あなたのご職業は何ですか。

　　①医師　　　②歯科医師　　　③看護師　　　④歯科衛生士　　　⑤薬剤師

　　⑥事務職員　⑦その他（　　　　　　　　　）

２．貴院の規模はどの位ですか。

　　①病院（　　　　）床位　　②診療所・クリニック　　③その他（　　　　　　　　　）

３．貴院での５S実施状況をお教え下さい。

　　　　実施していない　　　　　①今のところ実施予定はない。

　　　　　　　　　　　　　　　　②今後実施予定である。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③整理・整頓

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　④清掃

　　　　現在実施中　（　）年目　　　　　　⑤清潔

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑥しつけ（習慣化）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑦業務の５S

４．どのようにして本院の５S活動を知りましたか。

５．どのような場所を見学したいですか。



６．５S活動について特に知りたいことは何ですか。

７．５S活動を実施中もしくはこれから実施しようとする中で、困っていることがございましたら、具体的にお書き下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご協力ありがとうございました。