



皮肤病学照片分诊患者体验调查

您受邀告知我们您对皮肤病学照片分诊服务的意见。

我们希望提供尽可能好的照片分诊服务，如果您能帮助我们完成此次调查问卷，我们将不胜感激。参与此调查是完全**保密的**。

请填写问卷，并使用我们提供的**免费邮寄信封**寄回问卷。

对于每个问题，请在方框内清楚地画叉 ☒。无需担心填错；如果填错，只需将方框涂满 ■，并在正确的方框内画叉 ☒。

请根据您的最近的皮肤病学照片分诊转介路线体验完成调查。您的服务体验和意见有助于我们了解服务质量以及需要做出哪些改变以改善患者的整体体验。

您是否存在理解困难或需要易于阅读、字体加大或盲文版的问卷？

如果您理解起来有困难，需要一些帮助来填写本调查，或需要一份易于阅读、字体加大或盲文版的问卷，请通过 phototriageNI@hscni.net 联系皮肤病学照片分诊项目团队

翻译服务

您可以拨打 **028 9536 3777** 联系翻译服务，以获得口译服务或将此文件翻译成您的母语版本。这些服务均是免费提供的。

关于皮肤病学照片分诊路线

皮肤病学照片分诊路线需要您的全科医生为您的病灶/长痣部位拍摄照片，然后将其发送给医院的专科医生进行检查。专科医生将根据全科医生提供的临床信息和图像为您制定适当的管控计划。

1. 请确认为您预约就诊的社区诊所的名称

2. 请确认您的出生年份，请参照下述示例填写

1	9	6	4				
---	---	---	---	--	--	--	--

3. 您出生时登记的性别是什么？

- 男
- 女
- 不方便透露

4. 您的性别是否与您出生时登记的性别相同？

- 是 否 不方便透露

5. 您是第一次使用皮肤病学照片分诊服务吗？

- 是 否

6. 在您最近的分诊体验之前，您是否了解您的社区诊所提供这项服务？

- 是 否

7. 当您在社区诊所就诊时，全科医生是否向您介绍了转介流程，并让您询问任何相关的问题？

- 是 否

意见（请提供任何额外的意见）

8. 您是否获得了任何有关皮肤病学照片分诊转介路线的信息？

- 是 否

如果是，您获得了哪些信息？

9. 您是否认为这些信息有帮助？

- 是 否

如果“否”，欢迎您提出建议，帮助我们改善本文件。

10. 您的全科医生在为您的病灶/长痣部位拍摄照片时是否向您介绍了“同意”流程？

是 否

11. 您在拍摄照片的过程中是否感到舒适？

是 否

12. 您对服务的整体体验如何？（请圈出一个数字）

较差 非常棒
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. 您是否需要前往医院让顾问医生进行进一步的看诊？

是 否

14. 您去医院赴约看诊的结果如何？

给予关于如何管控您的皮肤病变/痣的建议

针对您的皮肤病变/痣开具药物

对您的皮肤病灶/痣进行活检

手术切除您的皮肤病灶/痣

15. 您去医院赴约看诊的体验如何？（请圈出一个数字）

较差 非常棒
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. 您是否认为是由您和在医院为您看诊的医生共同做出了决定？

是 否

17. 您是否收到了去医院赴约看诊的结果？

是 否

18. 您通过哪种方式收到了结果？ [勾选所有适用项]

医院发送的信件

全科医生发送的信件

电话

其他

19. 您在医院看诊后，之后是否在全科医生处就诊过？

是 否

20. 您的全科医生是否知道您最近去过医院看诊，您是否就此事与他们讨论过？

是 否 不确定 任何其他意见

21. 您是否愿意再次使用该项服务？

是 否

22. 该服务是否有任何需要改进之处？

23. 对于这项服务的内容，您是否还有其他意见？

是 否

非常感谢您花时间填写本调查问卷。