

# 財團法人萬美基金會

## 115 年醫護預立醫療照護諮商補助回饋表

各位醫護夥伴您好：

感謝您參與本次預立醫療照護諮商補助計畫，您的回饋對我們來說非常寶貴，有助於該計畫的未來發展。敬請您花約 2 分鐘填寫此份問卷，謝謝您撥冗填答。

財團法人萬美基金會 敬上

受補助醫院：\_\_\_\_\_ 個別諮商時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

題目內容	非常不同意	有點不同意	普通	同意	非常同意
1、我對此補助計畫是滿意的。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2、本計畫對於我在面對生死議題的醫療決定上有幫助。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3、本計畫有助於我與病人及家屬溝通生死議題的醫療決定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4、我認為此計畫要繼續辦理。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5、我對本次醫護預立醫療補助的心得或回饋意見： （例：您的收穫、認同或不認同本計畫持續辦理的原因、想法）					

問卷已結束，感謝您的參與以及填寫。  
敬祝 平安順心



加入好友



認識萬美