



आयुर्वेद चिकित्सालय, नरदेवी

## सेवाग्राही सन्तुष्टि फारम (पञ्चकर्म शाखा)

तपाईंको प्रतिक्रिया हाम्रा लागि बहुमुल्य छ । कृपया तलको बिबरण भर्ने केहि मिनेट समय दिनुहोस् । यसले हामीलाई अर्को पटक हाम्रा सेवाहरु सुधार गर्न मद्दत गर्नेछ । तपाईंको परिचय गोप्य राखिनेछ ।

१. बिरामीको विवरण:

नाम: \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_ लिङ्ग: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ सम्पर्क नं.: \_\_\_\_\_

उपचारकको नाम: \_\_\_\_\_

उपचार गरिएको मिति: \_\_\_\_\_ देखि \_\_\_\_\_ सम्म

लिएको मुख्य उपचार \_\_\_\_\_

२. सेवा मूल्याङ्कन (✓ गर्नुहोस्):

सेवा क्षेत्र

अत्यन्त राम्रो

राम्रो

सामान्य

नराम्रो

चिकित्सकसँगको परामर्श कस्तो रह्यो ?

स्वास्थ्यकर्मीको व्यवहार कस्तो थियो ?

उपचारको क्रममा सरसफाई कस्तो थियो ?

उपचार पछि तपाईंको स्वास्थ्यमा कस्तो सुधार आईरहेको छ ?

सूचना तथा परामर्श

समग्र सेवा

३. सेवा प्रवाहको क्रममा कुनै समस्या/गुनासो थियो?

थियो  थिएन

यदि थियो भने विवरण:

४. के तपाईं सेवाबाट सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?

सन्तुष्ट  असन्तुष्ट

५. सुधारका गर्नपर्ने क्षेत्र (केहि भएमा) सुझावहरू:

सेवाग्राहीको

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

शाखा प्रमुखको

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

“मेरो स्वास्थ्य मेरो जिम्मेवारी”  
“My health my responsibility”



## सेवाग्राही सन्तुष्टि फारम (भर्ना शाखा)

*(Handwritten signature)*

१. बिरामीको विवरण:

नाम: \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_ लिङ्ग: \_\_\_\_\_  
ठेगाना: \_\_\_\_\_ सम्पर्क नं.: \_\_\_\_\_

२. भर्ना विवरण:

भर्ना मिति: \_\_\_\_\_  
चिकित्सक: \_\_\_\_\_ नर्सिङ्ग ईन्चार्ज: \_\_\_\_\_  
डिस्चार्ज मिति: \_\_\_\_\_  
वार्ड / विभाग: \_\_\_\_\_

३. सेवा मूल्याङ्कन (✓ गर्नुहोस्):

सेवा क्षेत्र	अत्यन्त राम्रो	राम्रो	सामान्य	नराम्रो
भर्ना प्रक्रिया (Admission)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
नर्सिङ सेवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
चिकित्सकीय सेवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
स्वास्थ्यकर्मीको व्यवहार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सरसफाइ (वार्ड/शौचालय)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
खाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
औषधि उपलब्धता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
परीक्षण सेवा (Lab/X-ray, USG & S.T.Scan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बिलिड/डिस्चार्ज प्रक्रिया	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सूचना तथा परामर्श	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
समग्र सेवा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

४. बसाइँको क्रममा कुनै समस्या/गुनासो थियो?

थियो  थिएन

यदि थियो भने विवरण:

५. के तपाईं सेवाबाट सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?

सन्तुष्ट  असन्तुष्ट

६. सुधारका गर्नपर्ने क्षेत्र (केहि भएमा) सुझावहरू:

सेवाग्राहीको

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

नर्सिङ्ग ईन्चार्जको

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

“मेरो स्वास्थ्य मेरो जिम्मेवारी”  
“My health my responsibility”