

ご意見をお聞かせ下さい

平成 27年 8月 13日

お名前 XXXXXXXXXX 様

当院では、入れ歯の治療を受けられた方にご感想をお伺いし、今後の定期検診の参考や治療品質の向上に役立たせて頂きたいと思っております。アンケートにご協力をお願いします。

1. 入れ歯を作られたのは何回目ですか？

- 初めて 2回目 3回目 4回以上

2. 治療について教えてください。

(1) 装着感(吸着感)は？

- 非常に良い 良い 普通 良くない

(2) 違和感はありますか？

- ない ほとんどない 多少ある ある

(3) 食事の味は？

- 味覚がよくなった 多少改善した 変わらない 味覚が悪くなった

(4) 新しい入れ歯で、食べられるようになったものがありますか？

[肉食、肉類、肉類]

(5) 発音は？

- よくなった 多少良くなった 変わらない 悪くなった

3. その他、ご感想、エピソードなど具体的にお聞かせ頂くと幸いです。

例えば、数ある歯科医院の中で当医院を選んだ理由、医師やスタッフの対応、良かった点など

新しい入れ歯の作り 気持を前向きに作り出すことができた。

数年 古い入れ歯でよくおきまいたが近頃ではよく笑う
ことになり 家の中が明るく 気がよくお過ごしになって
本当にありがとうございます。

(近頃では良く 外気を取り出がせてあります。)