

ご意見をお聞かせ下さい

平成 24 年 7 月 8 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はありますか？

[何んでも食べられます]

(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

市田中央医院に通院中にパンフレットにて選んでいただきました。

今迄の歯科医院との差は全てが良かったと思っております。

医師やスタッフの対応が数親切で感心良かったです。

今後もお世話になります。

院長先生初め全職員の方々が信頼にたのびます。

技術的にも信頼いたします。良かった点と一緒に

感謝いたします。

乱文にて申し訳ありません。

山工