

ご意見をお聞かせ下さい

平成 23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) 違和感がありますか？

- 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？

[冷たい物なら何でも良いです]

(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

他の歯医者に行き入れ歯を作ってもらい鏡を見たら
 下唇が上唇の中に入って見えなくなりました。〈ショック〉
 話をしたのですが残念でした。

・娘とネットを調べホームページを見て年配者、昔
 から続いている歯医者を探したのが須藤歯科
 医院でした。

・須藤先生、スタッフの皆様笑顔でおか入れ
 親身に聞いて頂きました。

1回目の入れ歯〜3回目だんだん下唇が元の自分
 の口唇に再び感動しました。

・須藤先生の手が肩の上にホッと添えると
 安心感に思われます。スタッフの皆様にも
 心より感謝しております。有り難うございます。

ありがとうございました。同封の封筒にてご返信下さいますようお願い致します。尚、お寄せいただいた声は匿名でHPなどに一部ご紹介させていただければと存じます。

須藤歯科医院

※ 写真ありがとうございます