

ご意見をお聞かせ下さい

平成 28年 4月 28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はありますか？

[ステーキ、サトウイモ、スルメ等 噛むのが余りかきまじりやす味

(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

最初は川口知人の紹介で、インターネットで調べたら須藤先生、
 やさしい雰囲気、多岐のスタッフの皆さんと一緒に見て安心感
 得ました。早速インターネットで予約し、高速道路を1分間かけて
 通院致しました。
 須藤先生のお人柄が素晴らしく、スタッフ全員爽やかな対応をして頂
 けました。歯の出来栄も大変良く、遠く所まで来たかっか有った
 思い、須藤先生とスタッフの皆様へ心より感謝しております。
 総入れ歯上下をお戻りしたのが、この先の治療用の予備の歯も一
 付いたりと、超音波最新式の洗浄器もついて、本当に親切。
 ありがとうございます。須藤先生とスタッフの皆さん、ありがとうございました。
 今回の 文章