

患者様の満足度をお聞かせください

平成27年/2月/3日

性別 (男) ・ 女)

ご年齢 (30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70代 ・ 80代 ・ 90代)

1 この入れ歯を使ってみて、保険の入れ歯と比べて変わりましたか？

(はい) ・ いいえ

※「はい」と答えてくださった方へ その理由を下記より選んでください(複数選択可)

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> よく噛めるようになった | <input checked="" type="checkbox"/> ガタガタしなくなった |
| <input checked="" type="checkbox"/> 食べられる物が増えた(やわらかい物、かたい物) | <input checked="" type="checkbox"/> 食事が美味しく感じられるようになった |
| <input checked="" type="checkbox"/> 痛みがなくなった | <input checked="" type="checkbox"/> 見た目が良くなった |
| <input type="checkbox"/> 吸着が良くなった | <input type="checkbox"/> フィット感がある |
| <input checked="" type="checkbox"/> 違和感がなくなった | <input type="checkbox"/> 入れ歯が落ちなくなった |
| <input checked="" type="checkbox"/> 着け心地が良くなった | <input checked="" type="checkbox"/> グッと噛みしめるようになった |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

※「いいえ」と答えてくださった方へ その理由を教えてください。

()

2 この入れ歯の満足度をお聞かせください。

0% ----- (90%) ----- 100%

3 他にもご意見・ご感想があればお書きください。

(よく前の入れ歯がはずれやすかった。生活に支障がなくなった。
食べ物の量を減らしていたがこれでも食べられるようになった。)

4 このアンケートを今後患者様の治療のために院内説明やホームページに掲載資料として使用させて頂いてよろしいですか？

(はい) ・ いいえ

※「はい」と答えてくださった方へ 下記より選んでください

- 実名を掲載可 イニシャルを掲載可 匿名で掲載可

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。