

# 患者様の満足度をお聞かせください

平成30年 / 月 29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)

よく噛めるようになった

食べられる物が増えた(やわらかい物、かたい物)

痛みがなくなった

吸着が良くなった

違和感がなくなった

着け心地が良くなった

その他

ガタガタしなくなった

食事が美味しく感じられるようになった

見た目が良くなった

フィット感がある

入れ歯が落ちなくなった

グッと噛みしめるようになった

[ ]

※「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% ----- 95% ✓ ----- 100%

3 他にもご意見・ご感想があればお書きください。

[ あくびをしても 歯がはずれにくくなった。 ]

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。