入れ歯治療をお受けの患者様

ご感想をお聞かせ下さい

平成 3 年 7 月 26 日

お名前 [redacted] 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います。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？

[　　]

（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、医師やスタッフの応対、良かった点など

歯がしっかり、ぴったり装着されているので食事がおいしく食べられるようになりました。

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。

Opera Dental Office