

インプラント治療をされた患者様に

治療にあたりましては、ご理解ご協力ありがとうございました。当院では、さらにご満足いただける診療をめざして、皆さまのご意見ご感想を頂戴したいと存じます。お手数でございますが、以下の質問にお答えくださいませ。

医療法人三浦歯科医院

①新しくなった歯をどう思われますか？

見直しがきれいになり、うろたえていた歯が、痛くなくなりました。

②インプラント治療を受けたいとお思いになったのはなぜですか？

うろたえて歯が、よく痛くなってきたので、また見直しがきれいにしたかったからです。

③インプラント治療をご紹介されたのは、どなたですか？

以前の歯科医院で

④今の新しくなった歯と、以前の歯と比べて、どうお思いになりますか？

きれいになり、うれしく思っています。

⑤私共の医院のことをどうお思いになりますか？

よく説明して、丁寧でわかりやすいです。

⑥インプラント治療に先駆けて、治療方針や特徴について十分な情報を得られましたか？

はい。

⑦インプラント治療は、怖かったり、痛かったりされましたか？

しん？と入れものから、少し怖かったです。

⑧インプラント治療をお受けになるにあたり、「一番気がかりなこと」は何でしたか？

ほくきと しん(?) と入れものから、大抵は少し心配になりました。

⑨インプラントの治療費は、気になりましたか？

やはり高いので、気になりました。

⑩もう一度インプラント治療を受けるとしたら、お受けになりますか？

必要だとあれば、また受けたいと思います。

⑪インプラント治療を他の方にご紹介されますか？

はい。

⑫以下の中で貴方にとってどれが大事でしょうか？（複数回答可）

- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 機能改善 | <input type="checkbox"/> 顔の威厳維持 | <input type="checkbox"/> 苦痛を減らす |
| <input type="checkbox"/> 快適さを増す | <input type="checkbox"/> 骨を守る | <input type="checkbox"/> 疾病の予防 |
| <input type="checkbox"/> 最終的な美観 | <input type="checkbox"/> 外観の向上 | |
| <input type="checkbox"/> 隣接する歯を削りたくない | <input type="checkbox"/> 現在の健康な口を維持したい | |

ご記入日 1130 年 7月 7日