

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？

きれいになり食事も食べやすい

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？

入歯があつていつか脱落

③インプラント治療をご紹介されたのは、どなたですか？

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？

以前と比べて歯がしっかりと良くなった

⑤私共の医院のことをどうお思いになりますか？

インプラントの力をいれておられ、知人に紹介したい

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？

少しは怖かったです。

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？

痛みなし

⑨インプラントの治療費は、気になりましたか？

特に気になりません

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？

はい。

⑪インプラント治療を他の方にご紹介されますか？

したいです

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現在の健康な口を維持したい | |

ご記入日 2020年3月2日

ケア・アンケートにご協力ください！！

三浦歯科医院スタッフ一同は、患者様の一人でも多くの
スマイルに出会うために 日々努力いたしております。

たくさんの皆様のご意見をお聞かせ下さい。

ご記入日：平成 30年 3 月 12 日 午前・午後 4 時ごろ

- ① スタッフのケア・サービスに満足されましたか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ② 院内の清潔感はいきとどいていますか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ③ 治療の内容はどうでしたか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ④ 治療の期間はどうでしたか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ⑤ 医院内の待ち時間はどうでしたか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ⑥ スタッフ・ドクターの印象はどうでしたか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ⑦ 医院の雰囲気は満足されましたか？
非常に満足 満足 普通 不満 非常に不満
- ⑧ 当院にはどの程度来院されていますか？
初めて 3~4ヶ月に一度 半年に一度 一年以上
- ⑨ また来院しようと思えますか？
ぜひ来院したい 来院したい わからない 来院しない
- ⑩ お気づきの点、ご要望などがございましたらお聞かせください。

スタッフの向きを良くにいて下さり長時間良く治療を受ける
事が出来ました。

院内全体のメンテナンス期間が少(不快)に感じ満足に
できる様になりうれしく思っております。
ありがとうございました。

男・女 58 歳

ご協力ありがとうございました。

これからも皆様の多くの笑顔に出会えるようにがんばります。