

## 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？

何でも食べられ、倍いいです

②インプラント治療を受けたいとお思になったのはなぜですか？

上の歯ぐきが痛くて食事があまり取れなくなっていた

③インプラント治療をご紹介されたのは、どなたですか？

泉田貴代子

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？

自分の歯に比べて歯が強い

⑤私共の医院のことをどうお思いになりますか？

皆さんのやさしさに力をいただきました

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？

勉強不足の中治療して頂いて勉強させて頂きました

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？

始めは怖かったです

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？

お金の心配もありませんでした

⑨インプラントの治療費は、気になりましたか？

気になりませんでした

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？

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？

します

⑫以下の中で貴方にとってどれが大変でしょうか？（複数回答可）

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

ご記入日 29 年 7 月 / 日