アンケートのお願い

千住大橋歯科では治療を終えた患者様の声をお聞かせ頂き、より良い医療を提供する為にアンケートをお願いしております。該当する番号を○で囲んでください。

質問１　歯科医師のお子様、保護者様への対応は？（説明の明確さ、信頼感、相談のしやすさなど）

(1) とても不満　２．やや不満　３．やや満足　４．満足　５．とても満足

質問２　歯科衛生士のお子様、保護者様への対応は？（態度、言葉遣い、気配りなど）

(1.) とても不満　2.やや不満　３．やや満足　４．満足　５．とても満足

質問３　受付のお子様、保護者様への対応は？（態度、言葉遣い、気配りなど）

(1.) とても不満　2. やや不満　3. やや満足　4. 満足　5. とても満足

質問４　お子様の治療内容について（処置内容、予防処置など）

(1.) とても不満　２．やや不満　３．やや満足　４．満足　５．とても満足

質問５　キッズルームについて（清潔感、雰囲気、おもちゃなど）

(1.) とても不満　２．やや不満　３．やや満足　４．満足　５．とても満足

質問６　時間について（診察や会計の待ち時間、配慮の有無など）

(1.) とても不満　２．やや不満　３．やや満足　４．満足　５．とても満足

質問７当院では患者様に安心して治療を受けて頂く事を目指して診療しておりますが、今回通院して頂き、いかがでしたでしょうか？

とても良かったです。これからもよろしくお願いします。

ご協力頂きありがとうございました。

※今回頂いたご意見を当院 HP 患者さまの声に掲載させて頂いても宜しいでしょうか？

(1.) はい　　2. いいえ