

この度、谷歯科医院では患者さまによりよい治療を提供させていただくため「谷歯科医院向上プロジェクト」の一貫としてアンケートを実施いたします。

ご協力よろしくお願ひいたします。あてはまる項目の口に✓をつけてください。

本日の治療についてお伺ひします。

麻酔はどうでしたか？	<input type="checkbox"/> 痛かった	<input type="checkbox"/> 痛くなかった	
削るときはどうでしたか？	<input type="checkbox"/> 痛かった	<input type="checkbox"/> 痛くなかった	
型をとるときはどうでしたか？	<input type="checkbox"/> 痛かった	<input type="checkbox"/> 痛くなかった	
抜歯はどうでしたか？	<input type="checkbox"/> 痛かった	<input type="checkbox"/> 痛くなかった	
歯石のそうじはどうでしたか？	<input type="checkbox"/> 痛かった	<input type="checkbox"/> 痛くなかった	
先生やスタッフの説明はどうでしたか？	<input type="checkbox"/> わかりにくい	<input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> わかりやすい

☆他にお気づきの点があればご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。