

# 補助 65 歲以上老人裝置假牙實施計畫

## 滿意度問卷調查表

親愛的長輩您好：

感謝您撥冗填寫這份問卷，這份問卷主要是想了解您對於補助裝置假牙措施的滿意情形，請您依照自己的實際情形回答，並在最適當的答案□裡打✓。您的寶貴意見，對於政府施政會有很大的幫助。本項調查並不會洩露您個人資料，請放心填答，在此感謝您的協助。

彰化縣政府

敬上

### 一、基本資料：

(一)戶籍所在地：\_\_\_\_\_縣、市；\_\_\_\_\_鄉、鎮、市(區)。

(二)性別：男 女。

(三)是否為原住民是 否。

(四)出生年月日(民國)：\_\_\_\_\_年前/\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

### 二、請問您從何處知道本項補助計畫(可複選)：電視 報紙 網路

縣市政府 醫療院所鄰里長親朋好友其他\_\_\_\_\_。

### 三、請問您申請假牙補助的時間是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日；完成裝置假牙的日期是\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

### 四、請問您以前所裝置假牙還在使用中嗎？

有 沒有 以前未裝置過假牙。

### 五、目前您裝置的假牙還舒適嗎？

(1)非常舒適  (4)不舒適  
 (2)舒適  (5)非常不舒適  
 (3)沒意見

### 六、您覺得補助裝置假牙對您的飲食有沒有幫助？

(1)非常有幫助  (4)沒有幫助  
 (2)有幫助  (5)非常沒有幫助  
 (3)沒意見

### 七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

(1)非常方便  (4)不方便  
 (2)方便  (5)非常不方便  
 (3)沒意見

### 八、您對本縣開辦 65 歲以上老人補助裝置假牙計畫滿不滿意？

(1)非常滿意  
 (2)滿意  
 (3)沒意見  
 (4)不滿意(請續答十)  
 (5)非常不滿意(請續答十)

### 九、請問您不滿意的原因是？(可複選)

(1)特約醫療院所太少  
 (2)申請程序複雜  
 (3)口腔篩檢時間太久  
 (4)核准通知時間太久  
 (5)政府部門承辦人員服務態度不佳  
 (6)醫療院所服務態度不佳  
 (7)其他

### 十、建議事項：