

身心障礙者裝置假牙補助實施計畫 滿意度問卷調查表

先生/小姐您好：

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) 社會福利身分別：

列冊低收入戶

列冊中低收入

(五) 出生年月日：民國_____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

(2) 舒適

(3) 沒意見

(4) 不舒適

(5) 非常不舒適

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

(2) 有幫助

(3) 沒意見

(4) 沒有幫助

(5) 非常沒有幫助

七、您覺得這次申請假牙補助的手續方不方便？

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

八、請問您在假牙製作的過程裡，醫療院所沒有再額外收材料費？

- 沒有
- 有一約收費多少元？_____。

九、您對彰化縣政府開辦身心障礙者裝置假牙補助實施計畫滿不滿意？

- (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）

十、請問您不滿意的原因是？（可複選）

- (1) 特約醫療院太少
- (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

十一、建議事項：