

リフレス実態調査表		アンケートにご協力をお願いいたします。	
いつもリフレスをご愛用いただきまして、ありがとうございます。 より良い口臭ガス測定器の開発に参考にさせていただきたく、下記のアンケートにご回答いただくようお願いいたします。ご協力を頂きましたらリフレス純正マウスピース（80本/箱）を添付させていただきます。			
納入年月		設置場所	
納入業者		1．診察室	2．測定室（別室）
ご購入のきっかけは？			
1．業者に薦められて		2．展示会で見て	
		3．知人の紹介で	
4．その他（具体的に：      ）			
用途：どのような目的にお使いですか？			
1．口臭治療で		2．歯周病モニター	
		3．口腔ケアモニター	
4．その他（具体的に：      ）			
測定頻度			
一日（      回）		一週間（      ）	
その他（具体的に：      ）			
測定の種類			
1．口腔内測定のみ		2．呼気測定のみ	
		3．両方（目的に合わせて）	
4．その他（具体的に：      ）			
リフレスを使って従来と変化したことはありますか？（役立ったことなど）			
1．ある。（具体的に書いてください。）			
2．特にない（なぜですか？）			
リフレスを使っていて不都合なことはありますか？ご要望、改善すべき点がありましたら、ご記入ください			
具体的に：			
リフレスをよりご活用していただくために「わかり易い解説書」を作成いたしておりますが、お手元に届いておりますでしょうか？			
1．はい		2．いいえ	
最後に、ご回答いただいた方のお名前をご記入ください。			
1．お名前			
2．診療所名			
3．連絡先		（      、FAX、またはメール）	

ご協力有難うございました。下記まで FAX ください。折り返しご連絡を致します。

送信先 FAX: 072 - 891 - 2840 アドニス電機顧客サービス室 宛