



**แบบสำรวจความพึงพอใจ (ด้านผลิตภัณฑ์)**

**คำชี้แจง** การสำรวจความพึงพอใจครั้งนี้ จัดทำขึ้นเพื่อนำผลการสำรวจไปปรับปรุงและพัฒนาผลิตภัณฑ์ของมูลนิธิฯ โปรดตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
















**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย/ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์

1. เพศ  1.1) หญิง   1.2) ชาย 
2. อายุ  2.1) อายุต่ำกว่า 60 ปี  2.2) อายุ 60 ปี ขึ้นไป
3. อาการ/โรค ที่จำเป็นต้องขอรับผลิตภัณฑ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 3.1) ปากแห้ง น้ำลายน้อย  3.2) มีปัญหาการเคี้ยว การกลืน
- 3.3) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

**ตอนที่ 2** ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับ (โปรดตอบเพียง 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ผลิตภัณฑ์ เจลลี่โภชนา		ผลิตภัณฑ์ วุ้นชุ่มปาก		ทั้ง 2 ผลิตภัณฑ์	

**ตอนที่ 3** ความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ			ความคิดเห็นเพิ่มเติม
	มาก 	ปานกลาง 	น้อย 	
<b>ผลิตภัณฑ์เจลลี่โภชนา</b>				
- รส.....				
- รส.....				
<b>ผลิตภัณฑ์วุ้นชุ่มปาก</b>				
- กลืน.....				
- กลืน.....				
ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ : .....				
.....				
.....วันที่ตอบแบบสำรวจ ...../...../.....				

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจ

ท่านสามารถถ่ายรูป หรือ scan แบบประเมินความพึงพอใจ  
กลับมาให้มูลนิธิฯ ผ่านช่องทาง line :@dent\_in\_found



QR Code  
แบบสำรวจความพึง

