

治療のご意見・ご感想をお聞かせください

Q1:初診時の症状について全て○印をつけてください

<input checked="" type="checkbox"/> 便秘	<input checked="" type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input checked="" type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> 字が書きづらい
<input checked="" type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 歩きにくい	<input checked="" type="checkbox"/> 首、肩の症状	<input checked="" type="checkbox"/> 腰の症状	<input type="checkbox"/> 腕の症状
<input checked="" type="checkbox"/> 足の症状	<input type="checkbox"/> 話しにくさ	<input type="checkbox"/> 婦人科症状	<input type="checkbox"/> 泌尿器症状	<input type="checkbox"/> その他()

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

週・月 / 回

Q3:初診時と比べて良くなったと思われる症状に○印をつけてください

<input type="checkbox"/> 便秘	<input checked="" type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input checked="" type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> 字が書きづらい
<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 歩きにくい	<input checked="" type="checkbox"/> 首、肩の症状	<input checked="" type="checkbox"/> 腰の症状	<input type="checkbox"/> 腕の症状
<input checked="" type="checkbox"/> 足の症状	<input type="checkbox"/> 話しにくさ	<input type="checkbox"/> 婦人科症状	<input type="checkbox"/> 泌尿器症状	<input type="checkbox"/> その他()

Q4:当院の治療をして感じたことに○印をつけてください

- | | |
|---|--|
| <体の状態> | <心の状態> |
| <input checked="" type="checkbox"/> とても良かった | <input checked="" type="checkbox"/> 気持ちが明るくなった |
| <input type="checkbox"/> 良かった | <input type="checkbox"/> 笑顔が増えた |
| <input type="checkbox"/> 変わらない | <input type="checkbox"/> 会話が増えた |
| <input type="checkbox"/> 進行悪化が防げている | <input type="checkbox"/> 変わらない |
| <input type="checkbox"/> 悪くなった | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

Q5:当院の治療を受けようと思った動機を教えてください(簡単にご記入ください)

友人の紹介

Q6:当院に対するご意見、治療に関する感想をお聞かせください

皆さん ていねいな 治療 していただき 感謝 しています
 身体の調子も 良くなり うれしく 思っています。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 60 性別 女

ご協力ありがとうございました。治療・サービスの向上に努めさせていただきます。
 ホームページに掲載してもよろしいでしょうか？(可・否)