

## 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

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

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

週・月 2-3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

便秘	不眠	ふらつき	ふるえ	字が書きづらい
耳鳴り	歩きにくい	首、肩の症状	腰の症状	腕の症状
足の症状	話しにくさ	婦人科症状	泌尿器症状	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>

- とても良かった  
 良かった  
 変わらない  
 進行悪化が防げている  
 悪くなった  
 その他

<心の状態>

- 気持ちが明るくなった  
 笑顔が増えた  
 会話が増えた  
 変わらない  
 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)

新宿 あい治療院の紹介

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

・もう少し、短い時間からでも対応してほしい  
 ・くっぺう かい(おしゃ)

お住まいの地域(都道府県) 厚狭 年代 50 性別 男

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)