

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

| | | | | |
|-------|--------------|--------|-----------|-------------|
| 夜泣き | <u>かんしゃく</u> | 便秘 | <u>多動</u> | <u>言葉遅れ</u> |
| チック症状 | 発作 | 筋緊張 | 歩行困難 | 立ち上がり困難 |
| 座位困難 | 理解力 | その他() | | |

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

1 週・月 2 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

| | | | | |
|-------|--------------|--------|------|-------------|
| 夜泣き | <u>かんしゃく</u> | 便秘 | 多動 | <u>言葉遅れ</u> |
| チック症状 | 発作 | 筋緊張 | 歩行困難 | 立ち上がり困難 |
| 座位困難 | <u>理解力</u> | その他() | | |

Q4:当院の治療をして感じたことに✓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
 会話が增えた
 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)

和自身が小さい頃に小児癇癇をしたことがあり、効果があったので子供にも試してみたいと思った。

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

お話を聞いて安心して見守っていた感じが、とても感じのよいところだと思います。

お住まいの地域(都道府県)

大阪

年齢

33才
45才

性別

男
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)