

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	<input checked="" type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> 字が書きづらい
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 checked="" type="checkbox"/> 腕の症状
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"/> 頭痛
その他()				

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

週・月 回 欠マに参り続け、ごも長こニハハ通れせと頂上直に復いマあ

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	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> 字が書きづらい
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 checked="" type="checkbox"/> 腕の症状
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"/> 頭痛
その他(<u>頭がスッキリ、目が見えやすい。とにハハ自律神経にもおこ良くと見えます</u>)				

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
- 会話が増えた
- 変わらない
- その他(頭がスッキリ)

集中力! ママ! ポジティブになる。

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)

院長のうぶと施術のおおらしさ
人間性! スタッフとの対応

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

↑ に書かれた通り。
日本一の針治療院だと思っています。

お住まいの地域(都道府県) 大阪 年代 60代 性別 女性

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)