

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	かんしゃく	便秘	多動	言葉遅れ
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(気持ちのコントロール、集中力)		

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

夜泣き	かんしゃく	便秘	多動	言葉遅れ
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(同上)		

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(落ち着きが出て、気持ちのコントロールが出来る様になっている)

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)

投薬治療は、何回か種類を変えて、続けていたけれど、就学にもよって
発作回数も増えて、精神的にも不安定になってきたので何か他の治療法
がないか探していた時に、知り、治療を受けることになりました

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

最近本当に落ち着いて、過激なことも本人も家族も出来ず、ホッとして
います。本人も針治療することに対して嫌わらな、してくれたので、針治療が
合っていたと思います。
治療を始めた頃の不安が、今の様に過激なことも嬉しく思っています。またまた「ハンディは
ありませんが、これからもよろしくお願いいたします。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年齢 13 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)