

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	頭痛
その他()				

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

⑩ 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

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	頭痛
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> | <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)

知人の紹介

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

いつも体がほぐれ、軽くふたつと感があります。
とても心身共に、救われています。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 40 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