

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

①週・月 1.5 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() → 自立の変化なし				

Q4:当院の治療をして感じたことに✓をつけてください

- | | |
|---|--|
| <p><体の状態></p> <p><input type="checkbox"/> とても良かった</p> <p><input type="checkbox"/> 良かった</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 変わらない</p> <p><input type="checkbox"/> 進行悪化が防げている</p> <p><input type="checkbox"/> 悪くなった</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> | <p><心の状態></p> <p><input type="checkbox"/> 気持ちが明るくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 笑顔が増えた</p> <p><input type="checkbox"/> 会話が増えた</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 変わらない</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> |
|---|--|

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)

従来から接骨科に通っていた。(背、腰など)
足の状態改善のため鍼治療も。

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

丁寧で、安心できる。

お住まいの地域(都道府県) 兵庫県西宮市 年代 70代 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)