

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()		

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

週 〇 月 / 〇 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()		

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)

内服での発作のコントロールが難しかったので、少しでも軽減、緩和されるならと思い治療を受けようと思いました。

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

10回ほど通院ですが、通い始めは日に10回あった発作が今は3、4回と5回を切る事がほとんどになりました。泣いたり、笑ったりもする様になりました。通い始め無表情...
スタッフの皆さんもとても優しく「優しいお言葉で話しさせて下さい」
これからもよろしくお願い致します。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年齢 11 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)