

## 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	歩みにくい	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(脳こうそく後の痛み(左半身))				

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

便秘	不眠	ふらつき	ふるえ	字が書きづらい
耳鳴り	歩みにくい	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)

病院探し(西洋)では良くなりなれないと思ったので、インターネットで調べました。

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

対応 明るく 気持ち良く 治療受けさせてもらっています。

お住まいの地域(都道府県) 京都 年代 50 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)