

## 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

週・月 6 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>

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)

症状が悪化したから

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

このまま、治療を続けたいです。

お住まいの地域(都道府県)

香川県

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