

## 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( ニキビ・フェイスライン )				

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

週・(月) 2 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( 肌荒れ やむくみ か と水た気かす )				

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

会話が増えた

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)

興味か あり HP を探して 受けました。

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

とても通いやすく、居心地が良い。

周りの人にも 押しおた 書き知るので、治療に来たよかったです。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 20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