

## 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(鼻水、耳たれ)		

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

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(鼻水、目たれ)		

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(親の気持ちが明るくなった)

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)

インターネットを見て

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

色々と長くなっている様に思えます  
これからもう少し続けたいと思いますので よろしくおねがいします

お住まいの地域(都道府県)

大阪

年齢

2

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)