

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(目のまわりのクマ、顔の血色が悪く)				

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(上記の4つが改善したように思いますが、寝起きがぐっすり1時間以内)				

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(不安を減らすの効用)
- 嫌な気分がなくなりました。

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)

通い易く、丁寧な対応

立地と価格がよい

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

待ち時間もなく、サービスも快適です。

他の治療など！組み合わせ！を提案した方がいいと思います！

よりかといふコトが大事。

お住まいの地域(都道府県) 大阪 年代 40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