

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	<input checked="" type="checkbox"/> くらつき	ふるえ	字が書きづらい
耳鳴り	<input checked="" type="checkbox"/> 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(薬性病の脊髄小脳変性症の不安が通院開始)				

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	<input checked="" type="checkbox"/> くらつき	ふるえ	字が書きづらい
耳鳴り	<input checked="" type="checkbox"/> 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
 進行悪化が防いでいる
 悪くなった
 その他(不安解消)

<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(相談しやすい)

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)

薬性病の薬、自分で何かできるのかかわらうな状況だったに対して
元々張る勇気が出来た。

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

スタッフ皆さんに対する対応に感謝しています。
今後もし宜しくお願ひします。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 40代後半 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)