

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(顔のけいれん)				

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

①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(顔のけいれんが少しマシになった)				

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)

顔のけいれんを治したかったから

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

まだ10回で、その間に他の症状も出てきて、その度にいろいろなやり方を検討していただき、感謝しています。気長につき合いたいという、症状のよう
なので、まだ「変わらない」の評価ですが、引き続き宜しくお願いします。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 50代 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) (可)