

# ・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( 花粉 )				)

Q2: 現在の治療ペースをご記入ください

週 1 月 1 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( 76歳女性よく手洗 )				)

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)

花粉症でお世話になっていたが、他の治療を  
いろいろなところおこしなかたのです。

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

いつもありがとうございます。

心のケアもできています。年代も先生も最高です

お住まいの地域(都道府県) 東京都 年代 60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)