

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()				

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	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(初診時とあまり変化はない。)				

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)

進行性の病気なので、症状が少しでも進まないように治療が
おさえにかった。頭部に直接刺激を与えてくれる鍼灸が他に変わったので。

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

鍼灸治療を受けたあとは、話しにくさや、腰の痛みが楽に
なっているように感じるので、今後も治療を続けたいと思う。

お住まいの地域(都道府県) 京都府 年代 60 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