

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	その他(ひざ痛)

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	その他(ひざ痛)

Q4:当院の治療をして感じたことに○印をつけてください

<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「痛み」を忘れていられるようになりました。

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)

以前から、お世話になっているので。
他の症状で

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

話をよく聴いて、治療してもらえますので、よいと思います。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 50+α 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)