

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 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(足の寝突、張り感)				

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)

原因不明で症状が脊髄系の疾患を疑いネットで検索して受診を決めました。

↳いくつか病院にて受診しましたが

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

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 50代 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? (○)・否