

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

夜泣き	かんしゃく	便秘	多動	言葉遅れ
チック症状	発作	筋緊張	歩行困難	立ち上がり困難
座位困難	理解力	その他(斜視)		

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

夜泣き	かんしゃく	便秘	多動	言葉遅れ
チック症状	発作	筋緊張	歩行困難	立ち上がり困難
座位困難	理解力	その他()		

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)

少しづつ症状が良くなればと思っ
 ネットで色々調べ受診しました。

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

いつも親身に相談に乗って下さり
 アドバイスも頂き、大変助かっています。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年齢 5 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)