

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()				

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)

家の近くで見つけて、HPを見すると とても印象が良く
女性の院長先生とこのことと安心できました。

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

いつも明るく院まで 通うだけで 身体と心が軽くなる感じがします。
自分の状態ともっとかつ向き合える 方がいい、日々の生活でも意識
を高く持てる 方がいいです。

お住まいの地域(都道府県) 大阪 年代 30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)