

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

- | | |
|--|--|
| <p><体の状態></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> とても良かった</p> <p><input type="checkbox"/> 良かった</p> <p><input type="checkbox"/> 変わらない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 進行悪化が防いでいる</p> <p><input type="checkbox"/> 悪くなった</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> | <p><心の状態></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 気持ちが明るくなった</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 笑顔が増えた</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 会話が増えた</p> <p><input type="checkbox"/> 変わらない</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> |
|--|--|

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)

治らない病気と理解しているが、出来る事があるかと思ひ受診しました。

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

下り限りの事はして貰っていると思ひます。家内も治療して貰う事以前取組んでいません。
 心身不調を予防する事が出来れば分かります。通院したいと思ひます。

お住まいの地域(都道府県) 大阪府 年代 1970 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)