

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(自閉傾向、知的遅滞)		

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

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(人に対する興味が強くなった)		

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)

目が合わない、コミュニケーションが取りづらくも感じていた時に、何か刺激になること、脳に良いことがあられるかとネットで調べていた時に、堂島康鍼灸接骨院さんのページを見つけ、少しでも成長につながればと思い受けました。

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

アットホームな雰囲気です。治療を受けることで、子供の発達に繋がっているように感じています。感謝しています。針の刺す位置が違うことがあるので、その説明を頂けたら嬉しいです。

お住まいの地域(都道府県) 大阪 年令 2 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)