

## 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( <u>吃音</u> )		

Q2:現在の治療ペースをご記入ください

週・(月) 1.2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( <u>吃音</u> )		

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)

吃音の治療を行っているを知ったので。

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

遠方なので通うのは大変ですが、

吃音症状が、少しよくなりました。本人は痛々からイヤだと言うこともありましたが、受けた後は、スッキリした様子です。家でも、どもってもしゃべる。どもりこも気にしなくていいと言っています。気持ちも軽く、明るくなりました。

先生とのコミュニケーションも、だんだんわかるようになってきました。ありがとうございます。

お住まいの地域(都道府県) 愛知県 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