

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) / 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>

<心の状態>

とても良かった

気持ちが明るくなった

良かった

笑顔が増えた

変わらない

会話が増えた

進行悪化が防げている

変わらない

悪くなった

その他()

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)

祖母が以前、治療に来ていて、良かったと聞いてから

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

いつも明るく対応して下さり、気持ちよく治療を受けています

お住まいの地域(都道府県)

年代

40

性別

女性

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)