

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 3 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

会話が増えた

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)

娘さんがネットを調べました。

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

お住まいの地域(都道府県) 大阪府守口 年代 50代 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) (可)