

「患者さま！」ご意見をお聞かせください

よりよい施術内容やサービス、治療院の改善に患者さまの声を参考にしたいと思えます。
貴重なお時間を大変申し訳ありませんが、アンケートにご協力よろしくお願ひします。

・お名前 金澤亜子 ・施術日 2011年6月6日 ・性別 男 女

・お住まい 東京 都 江東 区 市 ・年齢 30 代 ・職業 会社員

1. どのような症状でお悩みでしたか？ その症状が原因で生活に支障がでていた事や、不快に感じていたことなどありましたら教えてください。

肩凝り。
手がしびれたり、身体がたるくたるくもありません。

2. 施術後、痛みの具合や症状はどうですか？ 具体的にどのように改善されたか教えてください。

辛くなる頻度が減りました。

3. 今日、これからどのように過ごせそうですか？

身体が楽になると、呼吸も深くなるので、リラックスして明るく過ごせそうです。

4. 「整体はボキボキ痛くて怖い」というイメージがありますが、施術を受けてみて痛みや恐怖心はありましたか？

元々恐怖心はありませんでしたが、あまりに痛いと足が遠のいてしまうので、身構えながら治療を受けられることは良いと思ひました。

ご協力ありがとうございます。

このアンケートは当院のHPで紹介させていただく場合がございます。予めご了承ください。