

「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います。
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 利井東明 ・施術日 2011年5月31日 ・性別 男・女
・お住まい 東京 都・県 杉並 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。

腰の痛みと後頭部の頭痛

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。

奇蹟のように痛みが無くなった！ぜひ一度は体験してほしい

3. 今日、これからどのように過ごせそうですか？

これからご飯食べて、家で休憩

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？

一回目はよく分からなかったのですが、二回目からは全然ないです！

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。