

「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をお願いします。

・お名前 〇〇 ・施術日 2011 年 6 月 19 日 ・性別 男 ・女
・お住まい 東京 都 ・ 杉 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。

肩こり・腰痛

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。

姿勢が良くなった。
スッキリした

3. 今日、これからどのように過ごせそうですか？

ぐっすり眠れそう

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？

全くなし

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。