

患者様の声をお聞かせ下さい!

ご来院ありがとうございます。今後の治療技術・サービス向上のために、施術のご感想のご協力をお願いします。より一層のサービスの向上に繋げていければと思います。

1. 当院に来院した時は、どんな時に、どのような痛みがありましたか?

夜眠っていても痛く着がえる時も重かしくかた

2. 治療を終えて痛みはどのように変化しましたか?

初回ですごく楽になって ~~運動を~~ ~~するの~~ ~~も~~ ~~ず~~
回数を重ねるごとに ジュに行くのも楽になりました

お名前: S・E 来院時のお悩み(肩が痛くて動きが悪い)

年齢: 60 才 地域: 姫路

●あなた様のお声を、今後HP、院内、チラシなどに掲載してもよろしいですか?

1 はい ② イニシャルならOK 3 いいえ

ご協力ありがとうございます!

今後も、より一層の技術力、サービスの向上を目指します。

「個人情報の取り扱いについて」

ご記入いただいた内容は、個人情報保護法に基づき、厳重に管理いたします。患者様の承諾なしに、「第三者への開示」や上記以外での使用はございません。