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？

偏頭痛をもってたので、あたまいたかった。

2.治療を終えて痛みはどのように変化しましたか？

頭の痛みのほんどはだいぶへった!!
終えてません!!

お名前：　　**来院時のお悩み(　　)**

年齢： 24 **才**　　**地域：**

●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。