

「患者様のお声」をお聞かせください！

この度は当院をご利用いただきまして、ありがとうございました。

当院では「患者様のお声」を募集しております。当院にとって患者様の素直な声が何よりの力になります。ぜひ、今のお気持ちをお聞かせください。

お名前：イニシャル Y O 年齢 60 才

性別 男性 女性

施術を受けたコース

背骨ゆらゆら整体 産後骨盤矯正 DRT式O脚矯正

【最初どのような症状がありましたか？】

首肩のこり、耳なり、指関節のかたさ、痛み
胃が重い

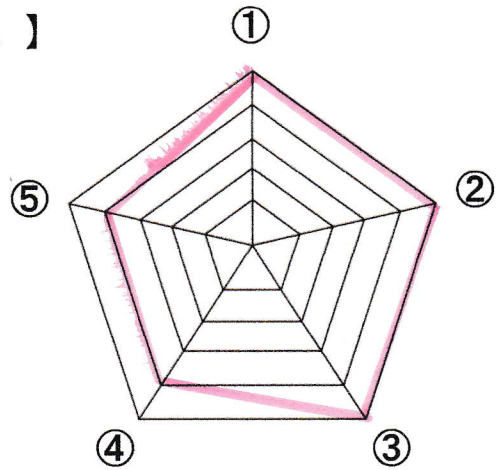
【施術を受けて、どのように症状が変わりましたか？】

首、肩がらくになり、姿勢がよくなった
胃の調子がよくなり、食欲が出た

【以下の項目で該当する☆の数をお選びください。】

(右図のチャートは未記入でお願いします。)

- | | |
|------------|----------------|
| ① 院内の清潔度 | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 ☆5 |
| ② 説明・サービス | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 ☆5 |
| ③ 検査・施術の技術 | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 ☆5 |
| ④ お悩みの改善度 | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 ☆5 |
| ⑤ 全体的な満足度 | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 ☆5 |



総合点数 92

* 記入して頂いたお声は、当院からの情報配信として院内表示および広告チラシ・ホームページなどに掲載させていただいても良いでしょうか？

YES NO

◎ 貴重なお声を聞かせていただきまして、ありがとうございました。頂きました「患者様のお声」は宝物です。これからも精進しますので、末永くよろしく願い致します。