

# 「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は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。

お名前又はイニシャル 中西 利正 年齢 47 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

【どのようなお悩みがありましたか？】

腰、肩、首の痛みがあり他の整体に行っても改善がなかった。

【実際、施術を受けていかがでしたか？】

今回、2回目ですがかなり改善ができた。

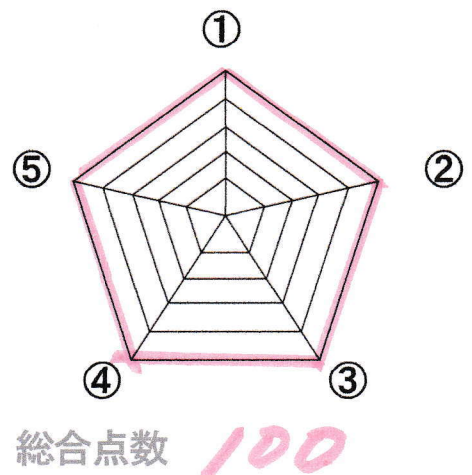
【同じような悩みを持っている方へメッセージをお願い致します】

是非この整体をおすすめします。

【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 <input checked="" type="radio"/> 5 |
| ② 説明・サービス  | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 <input checked="" type="radio"/> 5 |
| ③ 検査・施術の技術 | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 <input checked="" type="radio"/> 5 |
| ④ お悩みの改善度  | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 <input checked="" type="radio"/> 5 |
| ⑤ 全体的な満足度  | ☆1 ☆2 ☆3 ☆4 <input checked="" type="radio"/> 5 |



\* 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、末永くよろしくお願い致します。