

# あなたの声をお聞かせください

現在、当院を受診された患者さんの声を募集しております。

実際に受診されたあなたの声が、同じような症状でお悩みの未来の患者さんにとって非常に参考になります。あなたの同じ症状でお悩みの方を救済するためにぜひご協力ください。また、私たちにとっても治療の励みにもなります。ぜひともよろしくお願いいたします。

## Q. 何が決め手で当院を受診されましたか？（当院を選んだ理由など）

紹介している病院にて。

## Q. どのような症状にお悩みで当院を受診されましたか？

心身共にストレスがあり、自覚での改善は難しかったため。  
食欲不振や不眠、疲れがたまってしまっている。

## Q. 実際に受診されてよかったことを書いてください。

ゆかりと向き合って下さること。  
初めは「おのれ、完全にスロウ！」と一言いせられましたが、  
少し楽に「おのれ」。身体に力が入るようになり、おのれと向き合っている。  
自分の力で治せるようになり、その言葉が嬉しかった。

## Q. あなたの声をホームページに掲載、院内に提示させていただいてもよろしいでしょうか？

はい ・ はい（匿名希望） ・ いいえ

ご記入お疲れ様でした。ご協力誠にありがとうございます。

お名前（ M . O ） ※匿名希望の場合はイニシャルをお願い致します。

性別（男性 ・  女性） 年齢（ 32 ） 歳 住所（ 和歌山 ） 市

職業（ ）