

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）

HPで見つ

Q. どのような症状にお悩みで当院を受診されましたか？

背骨のゆがみ

つらさ等...

Q. 実際に受診されてよかったことを書いてください。

楽になりました。

不思議と痛みがなくなりました。すごいです！

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（ Y・Y ） ※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（ ）歳 住所（ 阪南 ）市

職業（ 福祉 ）