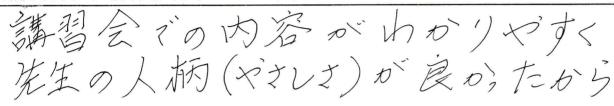
## あなたの声をお聞かせください

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。あなたと同じ症状でお悩みの方を救済するためにご協力ください。

また、あなたの喜びの声を聞くことは、私たちにとって治療の励みになり、情熱とやりがいを与えてくれます。 いいこと・悪いこと、どんなことでも結構です。ぜひ、あなたの声をお聞かせください。

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)



Q.どのような症状にお悩みで当院を受診されましたか?

腰痛、首は肩のごり
左眼の網膜剥離による後遺症

Q実際に受診されてよかったことを書いてください。

上記の症状が軽減された。 多体がかるやかになった。

Q.その他感想などご自由に書いてください。

坪水光生、ダイスタックとも親身になって接して了まれて居いて地が良かった。 建物もまり、清潔感がある。

Q.あなたの声をホームページに掲載、院内に掲示させて頂いてもよろしいでしょうか?

(は以・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 ( ) ※匿名希望の場合は 性別 (男性・女性) 年齢 (55 )歳 住所 (大人)

) ※匿名希望の場合はイニシャルをお願いいたします。

住所(投路中大津区)職業(カリスマトレーナー)

つぼき鍼灸整骨院