

患者様アンケートのご協力お願い致します。

Q1：当院に来院する前にどのようなことで悩んでいましたか？

コンディショニング セルフトレーニングの欠

Q2：悩んでいた具体的なストーリーをお聞かせください。

例：いつから？何をしていた？なぜ？どのようなときに？

日頃からのトレーニングを重ねると膝痛みが発症する

Q3：何がきっかけで当院を知りましたか？

施術者 本人から聞いた

Q4：当院を知ってすぐに来院しましたか？しなかったとしたらなぜですか？

すぐに来院した

Q5：何が決め手となって当院に来院しましたか？

自宅から近い

Q6：実際に施術を受けてみていかがでしたか？

満足しているし悩みが解消された

Q7：施術者についてどんな印象を受けましたか？

親身で接しやすい

Q8：今後あればいいと思う施術メニューやサービスはありますか？

特になし

※上記のお声についてお願いがあります。インターネットで使用してもよろしいでしょうか？

下記の中から○印をお付けください。

(○) 名前を出してもよい (○) イニシャルなら出しても良い () 使用しないでほしい

お名前 コーラン菜入

ご住所 大阪 府・都・県 枚方 市・町

男性 ・ 女性 28 歳

ご協力ありがとうございました。今後とも皆さまのお身体に寄り添った施術を心がけて参ります。

DAI sports 鍼灸整骨院 院長 原田大輔

