

アンケートご協力をお願い

このアンケートは、当院ホームページに掲載させていただく可能性がございます。
ご了承いただける方は、アンケートのご回答にご協力をお願いいたします。

名前(イニシャル可)・性別

年齢

ご職業

S.V (男・固) 42 歳 会社員

Q1.どのような症状で受診されましたか？

腕の痛みがあり、寝れなかつたので。

Q2.バイタルリアクトセラピーを受けてみて、いかがでしたか？

1回目の施術で、痛みが弱まり、その日によく寝れました。

Q3.他院との違いはどのようなところにあると感じましたか？

痛み^の原因から治して頂ける事と、その時々^の悪い所を
治療してもらえる事とこの点。

Q4.その他、当院の感想をお聞かせください。

今までいろいろ病院に通院^{して}しましたが、おま^り効果が
なく、諦めていたが、こちらの病院で治療して本気で
良くなってきているので、これからよろしくお願^いします。

ご協力ありがとうございました！
Axis治療院