

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

K. オダ (男・女)

75 歳

主婦

Q1.どのような症状で受診されましたか？

肩こりがひどくて首が回らなくなりました。

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？

あちこち直していきたくうちにいつの間にか
肩こりがなくなりました。首も正常に回ります。

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？

痛いところばかり、いろいろお話を聞いてみるうちに本当の
痛いところが出てくる。他院は異常を訴えてもただけ
みる。

Q4.その他、当院の感想をお聞かせください。

何でも判らぬところを聞いてみる。そのために教えてもらっ
て助かっています。

ご協力ありがとうございました！
Axis治療院