

アンケートご協力のお願い

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

CAT (男・女) 66 歳

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、時には吐き気がするほどだった。
頭も重く

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？

はじめは半信半疑だったがい、回数を重ねるに
たかい、肩こりが良くなっていき、身体も元気に
なっていく。

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？

痛い所だけでなく身体全体を診察して
治療するの、肩こりだけでなく身体全体が
治っていくような感じがする。

Q4.その他、当院の感想をお聞かせください。

ご協力ありがとうございました！
Axis治療院