

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。
ご了承ください。ご回答には、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

大、〇 (男・女)

57 歳

PC

インストラクター

Q1.どのような症状で受診されましたか？

首、肩の痛み。

ひざの痛み

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？

頭痛薬を飲むのが減りました。

ひざの痛みはよくなりました。

視力もよつたのは驚きました。

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？

治療にも関わらず実感があります。

帰る時に既に果て時の違いを感じられます。

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