**『患者さまの声』をお聞かせ下さい！**

**年　　月　　日**

**お名前【　　　　　　　　】様（男・女）ご職業**

**※名前は匿名・イニシャルでもかまいません。**

**1.当院へ来院される前はどのような症状でお悩みでしたか？**

**2.当院へ来院されて治療を受けられ、今はどのような状態ですか？**

**3.当院の治療は他の院の治療とどの様な所が違いますか？**

**4.どういった方に当院の治療がおススメですか？**

**〇当院のホームページ、チラシにてご紹介しても宜しいですか？**

**ホームページ ・チラシ　　（　はい　・ いいえ　）**