

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

Y (男・女)

47 歳

販売

Q1.どのような症状で受診されましたか？

頭痛・かたまり

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？

身体のバランスも気にならなくなり、悪い姿勢も
治すようになった。

薬に頼らなくならした。

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？

他は通院が事がない

Q4.その他、当院の感想をお聞かせください。

先生の話しを聞いて、色々ためになる事がある。

頭山あり・物に頼らずに自分の身体のバランス

が大事だと良くわかったので、一度試してみようか

いいと思えます。

ご協力ありがとうございました！
Axis治療院