

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

dog (男・女)

70 歳

自営

Q1.どのような症状で受診されましたか？

交通事故で首を痛め、弱が右に傾いていた。

通っている間に元の様に首が楽になりました。

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？

通っている間に元の様に首が楽になりました。

傾きもなくなりました。

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？

痛みのところを直接治療するのでなく、痛みの根元を

つぎよめて治療していくので、体の仕組みが

よく理解できる。

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