

あなたの声をお聞かせください

現在、「患者様の声」を募集しております。

実際にご利用くださったあなたの率直な声が、これからご利用される方にとって非常に参考になり、私どもにとっても何よりの力となります。

ご利用してみても感想、スタッフの対応、他院との違いなど、どのような内容でも構いませんので、お気づきのことをお寄せください。（文章でも、イラストでも大歓迎です）

お悩みの症状	交通事故後	記入日	4年12月15日
--------	-------	-----	----------

Q. 何が決め手となって当院を選びましたか？（他院ではなく、当院を選んでくださった理由）

家から近い。整形が強い。

Q. 実際にご利用してみていかがですか？（スタッフの対応、他院との違いなど）

交通事故後の対応も勉強になった。
足のむくみと丁寧に対応していた。

※ あなたの声を、ホームページなどでご紹介してもよろしいですか？ ☒ はい ☐ 匿名で ☐ ダメ

お名前 (イニシャル可)	J. 様	年齢	65	職業	同体職員
-----------------	------	----	----	----	------

<<個人情報保護について>>この用紙にご記入いただきました情報は、貴重な患者様データとして厳重に管理し、ご本人様の許可なく外部への開示・提供することは一切ございません。
また、個人情報はご本人様からのお申出により訂正・削除いたします。