

\*\*\*\*\*

【都道府県】( 東京 ) 【性別】( 男性・女性 ) 【年齢】( 74 )代

\*\*\*\*\*

【1】 **どのような症状**がありますか？

- 【痛い】** (場所: 足底 )
- 【凝り】** (場所: )
- 【痺れる】** (場所: )
- 【その他】** ( )
- 特になし

【2】 当店の「マッサージ」を受けて **「効果があった」と感じられる症状**があ

りましたら、具体的にご記入お願い致します。

- 体が軽くなった  体の疲労感が消えた
- 痛みが(軽減・解消)された  トイレに行きたくなった(便・尿の排泄を促す)
- 足の浮腫みがとれた  癒された
- ぐっすり眠れた
- その他 ( )

【3】 当店で**マッサージを受けた感想**をお聞かせ下さい。