

\*\*\*\*\*

【都道府県】 ( ) 【性別】 (男性・女性) 【年齢】 (40) 代

\*\*\*\*\*

【1】 どのような症状がありますか？

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

【2】 当店の「<sup>ハリ治療</sup>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<sup>ハリ治療</sup>マッサージを受けた感想をお聞かせ下さい。

このお店でしかないハリ治療だと思います。