O脚矯正カウンセリングシート NO.

フリガナ

お名前 　　　 　　　　　 性別 男・女　　電話番号

ご住所 〒

生年月日 T・S・H　　　年　　月　　日（　　才）

１. ご希望に✔チェックしてください

□ 根本からO脚を改善したい

□ 一度施術を受けてから続けるか決めたい (継続の意思あり)

□ 興味があるので一度だけ施術を受けてみたい (継続の意思なし)

２．O脚が良くなったら、やってみたい事や目標はありますか？(できるだけ具体的に)

３.O脚を治すために、病院・治療院などに行った事がありますか？　( 行った・行ってない )

行った方は差し支えなければ、どこに行かれたか？どんな事をしたか？を教えてください。

４.他に治療中の病気、過去に大きな病気やケガ・手術などはありますか？( ある ・ ない )

５.O脚以外でお悩みはありますか？

６. ご来院(ご来店)のきっかけをお聞かせ下さい。

・スマホ or パソコン　⇒　Yahoo or Google

・ご紹介 ( 様)

・その他 (　　　　 　)

７.スマホ・パソコンで検索された方へ

① 何をご覧になりましたか？　　　　　　　　　(　　　 　　　　　　　 　)

 　② 検索ワードを教えてください　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　)

　　③ ご来院(ご来店)の決め手を教えてください　　(　　　　　　　　　　　 　　)

ご記入ありがとうございました。