

「ご利用者様の声」アンケートのお願い

日ごろより、訪問マッサージオリーブをご利用いただき誠にありがとうございます。

私どもでは、今後のサービス向上やこれからご利用を検討される方の参考とするため、「ご利用者様の声」を集めております。率直なご感想をお聞かせいただけますと幸いです。（※ご本人での記入が難しい場合は、ご家族やスタッフが代わりに記入いたします）

【記入者】 ☐ ご本人 ☒ ご家族 ☐ スタッフ代筆

1. ご利用者様について（差し支えない範囲で）

年代： ☐ 50代以下 ☐ 60代 ☐ 70代 ☒ 80代 ☐ 90代以上

性別： ☒ 男性 ☐ 女性 / お住まいの地域： 仙台市太白区 （例：仙台市青葉区）

2. どのような症状・お困りごとがありましたか？（例：脳梗塞の後遺症で手足が動かしくにくい等）

脳梗塞の発症後、後遺症で左半身に麻痺が残ってしまいました。
特に左肘がかたくなって動かしくくなり、一人での着替えが大変な状態でした。

3. 実際にご利用になって、いかがでしたか？（ご本人・ご家族の気持ちや、日々のご様子など）

マッサージを受けていくうちに、かたかた肘の動きが以前と比べて良くなっているように感じます。また本人もマッサージの時間をいつも楽しみにしているようで、以前よりも笑顔が増えてきたと感じております。

来ていただくスタッフさんも、いつも親身に対応してくださり大変感謝しております。

4. ホームページ等への掲載について

- ☐ 掲載してよい（お名前・地域・年代など含む）
☒ 掲載してよい（イニシャル・年代のみなど匿名で）
☐ 掲載しないでほしい

※掲載時のお名前の表記：（例：仙台市 A様 / 80代 女性） → 仙台市 H様 / 80代 男性