

## サイモントン療法ベーシックプログラムのご感想をお寄せ下さい

サイモントン療法ベーシックプログラムはいかがでしたでしょうか？このプログラムをより良いものにするため皆様にご感想を賜り、今後の参考にさせていただきたく存じます。ご協力をよろしくお願いいたします。

Q1. サイモントン療法を知る前には、どのような問題や悩みをお持ちでしたか？

自分の病気に對する否定的な感情と  
恐れが強過ぎて日々を過す事に  
困難を感じていた

Q2. どちらでベーシックプログラムを知りましたか？（紹介の場合はどなたのご紹介ですか？）

自分のカウンセラーである船戸クリニック

（ご紹介者）

Q3. いろいろなセミナーがある中、何が決め手でベーシックプログラムに参加されましたか？

ホームページを見た時それが主だ。  
病気に關する心を扱っていたから自分に  
はこのプログラムが必要だと思えた

（裏面あり）

Q4. サイモントン療法ベーシックプログラムを体験してみたいかがでしたでしょうか？

小グループでシェアする中で、自分の内面が  
高まり、とても肯定的なエネルギーを感じた。

プログラム期間中、"早く寝て 早く起きる"  
という健康的な生活、軽い運動、朝の身体的  
なワークも 自分を変えて行く気がした。

パートナーとのシェアの中で 相手の本音を聞いた  
事、それに対して自分が素直に話せた事が 本当に  
宝 となりました。

先生方の深い愛を 忘れる事は ありません。

(イニシャル/H・N 年齢/52代 性別(男)女 診断名/ぼうこうがん)

Q5. 上記ご感想を協会のホームページやメルマガに掲載させていただけますか？ (YES・NO)  
掲載時には (イニシャル / 年代 / 性別 / 参加区分) を記載させていただきます。  
上記にご記入をお願いいたします。

Q6. 患者様の QOL を評価するため、半年後・一年後に POMS をお送りし、回答にご協力いただく  
ことは可能でしょうか？ (YES・NO)

お名前

ご協力ありがとうございました

後日お送りいただく際には、下記までお送りくださいますようお願いいたします。

NPO 法人サイモントン療法協会【事務局】 〒411-0904 静岡県駿東郡清水町柿田 189 番 11

TEL:050-3314-0003 FAX:050-3730-1809 E-mail: info@simontonjapan.com