

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？

膵臓癌形成症候群 という血液のガンになり、昨年、ホーシックプログラムに参加したか、仕事上、元の忙しい日々に戻り、疲れていたし、精神的にもいらつく状態が何度もありました、このままでは、又、悪化あるのではという不安がわいてきていました。

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？）

藤岡医院の藤岡典代先生のカウンセリングを受けられている時。

(ご紹介者) 藤岡典代先生

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？

藤岡先生のカウンセリングを受ける際、サイモントン療法の本を購入し、読ませて頂き、藤岡先生のお勧めにより参加しました

(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てもいかがでしたでしょうか？

参加する前は、心の緊張したり、いらついたりしていましたが、おかげでリラックスになっています。

また、安心して居る環境の中で、今の私にとって必要なツルビ先生の言葉、参加者の方々のふれあいの中で、気がよくなる、安らぎを得たりしました。

再度、自分を大切にするという気持ちと、待つという事の大切さを再確認の事が出来ました。

現実の生活に戻ると、際にも、ベッツプログラムで学んだ事をいかしながら、忘れずに居る時はテキストやDVDを活用する事で、生きていこうと思えます。先生はじめ、皆様にも心から感謝

(イニシャル) 子明 年齢 60代 性別/男 女 診断名 胃腸異形成症候群 ^{いたします。}

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きますか？ (YES・NO) 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) 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