

ロルフイングアンケート

このアンケート内容は体験談としてHPやブログなどでご使用させていただきます。
難しい場合は左上のチェックボックスに印をお願い致します。

【初回のセッション】

- ロルフイングを受けるきっかけを教えてください（該当箇所をチェックしてください）
 - からだの不調（不調な箇所： 腰 ）
 - 姿勢改善
 - パフォーマンス向上
 - その他（ ）
-
- 初回のセッションで感じたことを教えてください。（変化、違い、効果など）

呼吸が自然で楽に出来るようになった。

【10シリーズ全体を通じて】

1. もともと抱えていた不調はありますか？（複数回答可）

- ・肩こり・目の疲れ・姿勢の崩れ・睡眠が浅い・首のハリ・からだ全体のバランスの崩れ
- ・腰痛・呼吸・頭痛・背中・骨盤 その他（ ）

2. 10シリーズを通して、改善されたところはどこですか？（複数回答可）

- ・肩こり・目の疲れ・姿勢の崩れ・睡眠が浅い・首のハリ・からだ全体のバランス
- ・腰痛・呼吸・頭痛・背中・骨盤 その他（ ）

3. 上記以外に、10シリーズを通して改善された症状や箇所はありますか？（複数回答可）

- ・肩こり・目の疲れ・姿勢の崩れ・睡眠が浅い・首のハリ・からだ全体のバランス
- ・腰痛・呼吸・頭痛・背中・骨盤 その他（ ）

4. 2、3の中で特に変化を感じたところはどこですか（からだ全体のバランス）

どのように変わりましたか？ よろしければその理由も教えてください。

歩く時の体のバランスが良くなった。

印象に残ったセッションは何回目のセッションですか？第（ 5 ）回目
その理由も教えてください。（複数ある場合は下記にもご記入ください）

大腰筋が重くようになって歩く時の足の運びが楽になった

印象に残ったセッションは何回目のセッションですか？第（ 7 ）回目
その理由も教えてください。

上半身の固さが取れて視点が高くなり、下半身も重かたつじさみを感じがしなくなった。

印象に残ったセッションは何回目のセッションですか？第（ ）回目
その理由も教えてください。