

Footbalance インソール お客様アンケート

株式会社エスジーティー

お名前 of イニシャル (例: 山田太郎→T.Y) T. A

年齢: [10代・20代・30代・40代・50代・60代] ※該当に○

性別: [男性・女性・回答しない] ※該当に○

①来院されたきっかけや、お悩みの内容を可能な範囲で教えてください

足の痛みと液汗

②インソールを作成しようと思った理由、もしくは決め手になった要因を教えてください

以前からインソールは
使用していたが、
個人サイズ作成で
決め手になった。

③インソール使用してから、お悩み(①で記載)は
どう変化しましたか?

以前より痛みが改善

④インソールを使用して良かったと感じたことや
生活の中で快適になったことを教えてください

歩行時のくつが
フィット感あり。

⑤改善してほしい点がありましたら教えてください

歩行時の足底が
正常に力が入る感じがほしい

⑥その他に感じたことなど自由に記載してください

ご提供いただいた情報は、サービス向上のために利用し、一部分を抜粋・編集して弊社ホームページに「利用者の声」として掲載させていただく場合がございます。アンケートにご協力いただきありがとうございました。