

お名前 _____

生年月日 平成・昭和 年 月 日 歳

血液型 _____

住所(〒)

E-mail (PC・携帯) _____ TEL / 携帯 _____

ご来店のきっかけDM ・ ちらし ・ ご紹介 ・ WEB ・ 看板を見て ・ 雑誌 ・ DM ・ その他

お客様には安全で・効果的な整体を行うためお答え下さい。

- 体調良好 ・ 不調（胃腸・肝臓・腎臓・更年期・婦人系・妊娠中・呼吸器・心臓・その他
- 肉体的疲労感激しい・慢性的・疲れやすい・ほとんどない・たまにある
- 体質生理不順・肩こり・冷え性・むくみ・便秘症・下痢症・ストレス・高血圧・低血圧・発汗（多・少）・不眠症・神経性過敏症・腰まわり・その他
- 生活状況 睡眠平均（____時間） / 睡眠の質（熟睡・浅い）
- 生理順調・不調生理（痛み・過多・過少）閉経その他
- 常用薬頭痛薬・便秘薬・睡眠薬・精神安定剤・ホルモン剤・ヒスタミン剤・血圧降下剤・イソトレチノイン（アキュテインビタミンA）・経口避妊薬・その他
- アレルギーYES（種類：_____）・NO 化粧品アレルギーなし・ある（_____）
- 運動週（ ）回 _____ 何時間程度
- 趣味 _____
- サプリメント・健康食品・美容食品（常用しているものがあればご記入ください）
- 食生活規則 正しい・普通・不規則
- 外食多い・少ない ■ 栄養バランス 良い・普通・悪い
- 嗜好品 タバコ（1日__本）アルコール（週__回 量）お菓子（毎日・たまに<週日>・食べない）
- 飲み物（1日あたり）水__杯・ 氷コーヒー__杯 紅茶・緑茶 杯 ジュース 杯
- 冷たい飲食物を好みますか？ YES ・ NO

整体を受けたい動機

ダイエット ・ むくみ ・ ボディライン ・ リラクゼーション ・ たるみ ・ 慢性疲労 ・

その他 (_____)

現在、ダイエット中ですか？ はい ・ いいえ

‘はい’の方 目標は - ____kg- 時期までに ・ 特に目標はない

気になる体の箇所 (特に気になる部分は、二重丸)

肩 ・ 背中 ・ 首 ・ 腕 ・ 太もも ・ ふくらはぎ ・ 足裏 ・ 腰 ・ お尻 ・ 脚全体 ・ 身体全体 ・

その他 (_____)

【注意事項】 整体を受けられる前に必ずご確認ください。当サロンの施術行為は、治療を目的とした医療行為ではありません。問診の内容にご理解ご承認頂けたものといたします。次の項目にあてはまる方は、施術を受ける事が出来ない場合があります。ご不明な点がありましたら、ご質問いただきますよう、お願いいたします。

炎症のある方 / 癌 ・ 潰瘍性疾患をお持ちの方 / 皮膚疾患のある方 (いぼ ・ ヘルペス ・ 白癬菌 など) / 脳に異常 ・ その他の既往症のある方 / 熱のある方 / 膠原病 (リウマチなどの自己免疫疾患) の方 / 妊娠中の方 / 静脈瘤のある方、リンパ腫のある方 / 重度の糖尿病 ・ 骨粗鬆症の方 / 心疾患をお持ちの方 ・ ヘルニアの方 / 高血圧 ・ 血栓の方 / 半年以内の怪我の治療、外的手術 ・ 美容形成をした方 / 妊娠 中その他 / 健康に不安のある方 ・ 泥酔状態と判断した場合

ご記入頂いた個人情報、当サロンの施術、及びサービスについての情報をお知らせする 目的として利用させていただきます。注意事項をお読みの上、ご理解をされた上で、下記の同意事項にご署名くださいますようお願いいたします。

上記の各規定について確認いたしました。今後、体調に変化が現れた場合などは、速やかに申し出ることを了解します。

YES ・ NO

ご署名 _____