

初見日 年 月 日

No.

あなたのご希望に沿ったベストな施術を行うために情報が必要です。ご協力のほどよろしくお願いたします。

質問の内容がわからない場合は丁寧に説明しますので遠慮なくお尋ねください。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_

日 \_\_\_\_\_

## ★施術希望内容

(施術中もご遠慮なくお伝えください！)

ほぐしの強度 強め／普通／弱め

施術 希望内容

ペース 早め／普通／遅め

指圧 多め／普通／少なめ

ストレッチ 多め／普通／少なめ

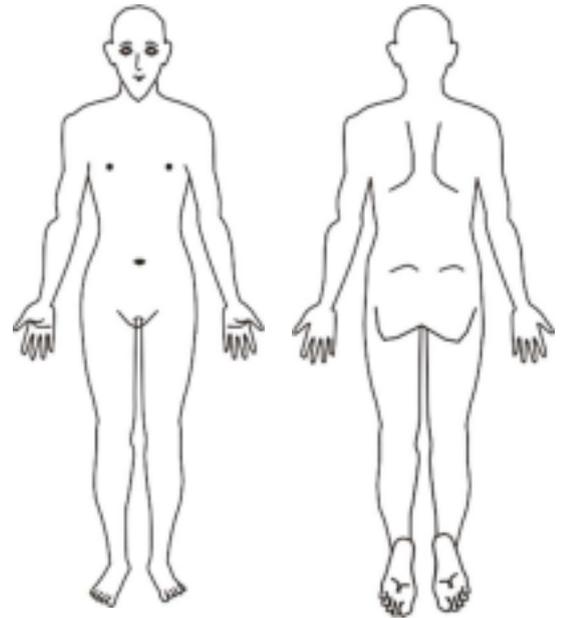
施術 希望箇所

肩( )首( )頭( )腰( )

脚( )お尻( )

施術 希望しない箇所

肩( )首( )頭( )腰( )脚( )お尻( )



右の人体図に痛みやコリなど気になるところに印をつけてください。後ほど詳しくお聞きします。些細なことでも結構ですので印をつけてください。お身体の一部が動かさにくかったりする場合も印をお願い致します。

★病気の遍歴: 該当する箇所全てに○をつけてください

- ・高熱 ・ 泥酔 ・ リウマチ ・ 心臓病・ ガン
- ・ヘルニア・骨粗しょう症 ・脳卒中・脳腫瘍・婦人科系の疾患
- ・高血圧 ・自律神経失調症 ・うつ病

