タイマッサージ問診票

初回施術日　　　年　　月　　日

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　　 　　　　生年月日

お電話番号（携帯可）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご職業：

* 一日の平均睡眠時間は？　　　　　　約（　　　　　　）時間
* 便通は良いですか？　　　　　　　　　はい　/ いいえ
* 過去に手術を受けられたことは？　　　はい　/ いいえ

はい→　いつ頃？　　　　　　　　病名

* 過去に骨折、大きな怪我をしたことはありますか？　はい　/ いいえ

はい→　いつ頃？　　　　　　　　骨折/怪我の箇所

* ぎっくり腰・ヘルニアの経験はありますか？　　　　はい　/　いいえ

はい→　ぎっくり腰　　　　いつ頃？

はい→　ヘルニア　　　　　いつ頃？

* マッサージはよく受けられますか？　はい：月（　　　　）回くらい / いいえ
* ヨガをされたことはありますか？　　はい：（　　　　）回くらい / いいえ
* 以下で当てはまるものがあれば、○をしてください。

高血圧 　心臓病　 循環器系疾患　 静脈瘤 　癌または癌サバイバー　骨粗しょう症　 妊娠中

リウマチ　　パニック障害　 不安症　 鬱 トラウマ

* 特にお疲れの箇所があれば、右図に記してください。
* その他、健康面・精神面で気になる点があれば、

以下に記して下さい。

* 注意事項 ◆

・女性専用のシンプルなタイマッサージです。男性は紹介制になります。

・体調によっては施術ができない場合があります。その場合は事前にご連絡します。ご了承ください。