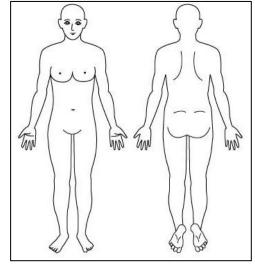
## タイマッサージ問診票

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:
<ul><li>◆ 一日の平均睡眠時間は?</li><li>◆ 便通は良いですか?</li><li>◆ 過去に手術を受けられたことは?</li><li>はい→ いつ頃?</li></ul>	はい / いいえ はい / いいえ	
◆ 過去に骨折、大きな怪我をしたことはありますか? <u>はい→ いつ頃?</u> <u>骨折/怪我の箇所</u>		
◆ ぎっくり腰・ヘルニアの経験はありま はい→ ぎっくり腰 はい→ ヘルニア	<u>いつ頃?</u>	
<ul><li>◆ マッサージはよく受けられますか?</li><li>◆ ヨガをされたことはありますか?</li></ul>		
◆ 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。