

リラクゼーションルーム ファシア カウンセリングシート

来店日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 男・女 生年月日(西暦) 年 月 日 (歳)

電話番号(日中連絡がとれるもの) 職業

★ご案内などをお送りしても宜しければ、下にご記入をお願い致します。

ご住所

〒

★当店を何でお知りになりましたか？

- ご紹介(様) 通りがかり 地下鉄看板 エキテン Eパーク SNS
さいとう整形外科リウマチ科 ホームページ ポケットティッシュ その他()

★体の状態について教えてください。

●つらくなったのはいつ頃からですか？

●思い当たる原因はありますか？

- どのような姿勢が多いですか？
- どのような動作が多いですか？
- 運動、スポーツはされていますか？

●過去にケガや病気で手術を受けたことはありますか？

いいえ はい()

●現在、通院はされていますか？

いいえ はい()

●過去に下記の病名を診断されたことがある場合は○をつけて下さい。

骨粗鬆症 椎間板ヘルニア 脊柱管狭窄症 分離すべり症 リウマチ 変形性膝関節症 側弯症 しびれ
胸郭出口症候群 座骨神経痛 その他()

●血液をサラサラにしたり、固まりにくくするようなお薬は内服していますか？

いいえ はい

●オイルケアを受けられる方へ：クリームや化粧品でアレルギーや皮膚炎を起こしたことはありますか？

いいえ はい

●女性の方へ：妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

