はじめにお読みください

領　毎回　月末　年末

〇当院での保険適用対象は骨折、脱臼、捻挫、打撲 、挫傷等の急性症状のみです。
慢性的な肩こりや腰痛は保険適応対象外となります。予めご了承ください。
〇飲酒後の施術は、飲酒量や酔いの程度にかかわらず一切お断り致します。
〇体調・体質により、もみ返し（筋肉痛・倦怠感）が起こる事があります。

以下の項目に該当される方の場合、施術により症状が悪化する事があります。必ず受付または担当者に口頭にてお申し出下さい。
●妊娠中、出産後　●発熱　●感染性皮膚疾患（水虫を含）　●高血圧、低血圧、心臓病　●脳疾患
●皮膚の感覚異常　●めまい　●水腫（浮腫）または異常なむくみ　●静脈瘤、糸状静脈　●長期的な頭痛
●癌　●腫瘍または異常な腫れ物　●血栓症　●ペースメーカー等の金属・機械が体内にある場合
●その他通院中（接骨院等含）、または投薬を受けているもの

万が一、上段枠内の事項ならびにそれ以外の特異な症状をお持ちの方が、**申告をせずに**施術を受けられて、
その後身体に問題が発生しましても**当方では一切の責任を負いかねます。**

※個人情報保護法に基づき、ご記入いただきましたお名前・ご住所等は、当院からのご案内、問い合わせ以外一切使用いたしません。

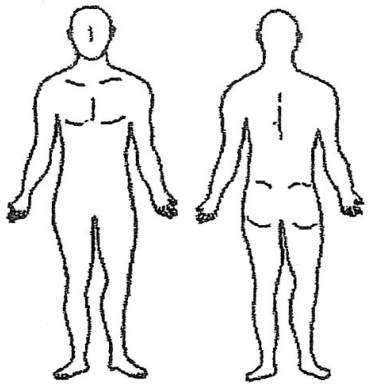
※個人情報を適切・厳重に管理し、情報の漏洩や紛失、また不正なｱｸｾｽや破壊・改竄が起きないよう徹底した安全対策を講じます。

下記氏名欄にご署名を頂戴しまして上記の内容に同意されたものとさせて頂きます

来院日　20　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ	（姓）	（名）	男・女
お名前(Name)			
お誕生日（Birthday）	M.T.S.H　年　月　日（満　歳）		
ご住所（Address）	〒　－		
電話番号（Phone）	（　　）		
メールアドレス			
ご職業	デスクワーク 立ち仕事 営業 サービス業 主婦 学生 その他（　　）		
当院をどこでお知りになりましたか？	ホームページ　看板　チラシ　書籍　口コミ　エキテン 知人紹介　ご紹介者（　　様）フルネームでお願い致します。		
現在、医療機関に通院されていますか？	通院していない　通院している 医療機関名（　　）		
過去大きなケガ・病気をされたことはありますか？	ある　ない 疾患名（　　）		
他に伝えておきたい事がありましたらお書き下さい。		バレエダンスについて	ﾊﾞﾚｴ･ﾀﾞﾝｽ歴（　　年） ﾀﾞﾝｽのｼﾞｬﾝﾙ（　　） ﾚｯｽﾝ頻度（週　回　時間） どちらかに〇を（趣味 or 本格的に） どちらかに〇を（プロ or ｱﾏﾁｭｱ） 発表会･公演の予定 なし ・ ある(いつ？　　) ｽﾀｼﾞｵ･ﾊﾞﾚｴ団等の所属先（　　）

痛みのある部分に〇をつけて下さい



今回はどのような目的で来院されましたか？

摘要欄　　S（ H ・ J ）