

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 20 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)

職種

★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。

メールアドレス

ご住所

〒 -

★最初に当店を何でお知りになりましたか？

- ホームページ【検索ワード： _____】 ご紹介 (_____ 様)
 さいとう整形外科リウマチ科 地下鉄看板 SNS (_____)
 Eパーク エキテン 通りがかり その他 (_____)

★本日の目的を教えてください。(複数選択可)

- リラックス 疲労回復 痛みの緩和
 その他 (_____)

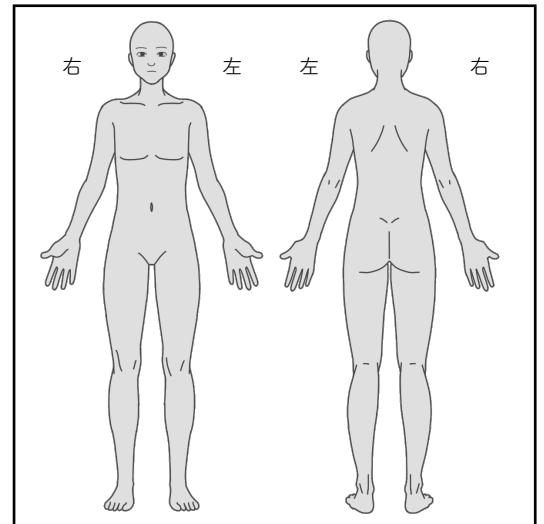
↓具合の悪い部分に○をつけて下さい。

★体の状態について教えてください。

●今一番なんとかしたい身体のお悩みは何ですか？

●他に気になるお悩みはありますか？ ○をつけて下さい。

頭痛 目の疲れ 顎の痛み 首こり 肩こり 肩の痛み 腕の痛み
背中への痛み 腰痛 お尻の痛み 足の痛み 冷え むくみ 疲労感



★本日、触られたくないところはありますか？

●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