

本日の日付 \_\_\_\_\_

## 既往歴 問診票

この問診票によってお尋ねすることは、私たちマッサージ・セラピストが事前にお知らせいた  
だくことで、お客様にとって最適の施術とサービスをご提供するために役立てるものです。す  
べての個人情報は、細心の注意を払い厳重に取り扱うことをお約束します。

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ Eメール \_\_\_\_\_

市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

ご自宅お電話番号 \_\_\_\_\_ 勤務先お電話番号 \_\_\_\_\_

携帯お電話番号 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

緊急連絡先の方のお名前 \_\_\_\_\_ ご関係 \_\_\_\_\_

ご自宅お電話番号 \_\_\_\_\_ 勤務先お電話番号 \_\_\_\_\_

携帯お電話番号 \_\_\_\_\_

かかりつけ医師のお名前 \_\_\_\_\_

現在治療中の病状 \_\_\_\_\_

お客様に私たちをご紹介下さった方のお名前 \_\_\_\_\_

もっとも最近マッサージ治療をお受けになったのはいつですか？ \_\_\_\_\_

マッサージを受けることによりどんな効果を最も期待されていますか？ \_\_\_\_\_

## お客様の健康歴について

本日最も気になっている身体の症状 \_\_\_\_\_

不快感の程度: 軽度 \_\_\_\_\_ ややひどい \_\_\_\_\_ ひどい \_\_\_\_\_

快感を感じている期間: 常時 \_\_\_\_\_ 時々 \_\_\_\_\_ 他 \_\_\_\_\_

最初にこの不快感をお感じになられたのはいつでしたか？ \_\_\_\_\_

どんなことをする時にこの不快感がひどくなりますか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

どんな時に不快感が和らぎますか？

---

その他何でも気になっていることを教えてください:

---

身体の部分で、何もしなくても感じる痛み、触れると痛い、しびれる、刺痛、その他の不快感を感じる箇所はどこですか？

マッサージ施術前の痛みの程度

0 -----10

痛くない

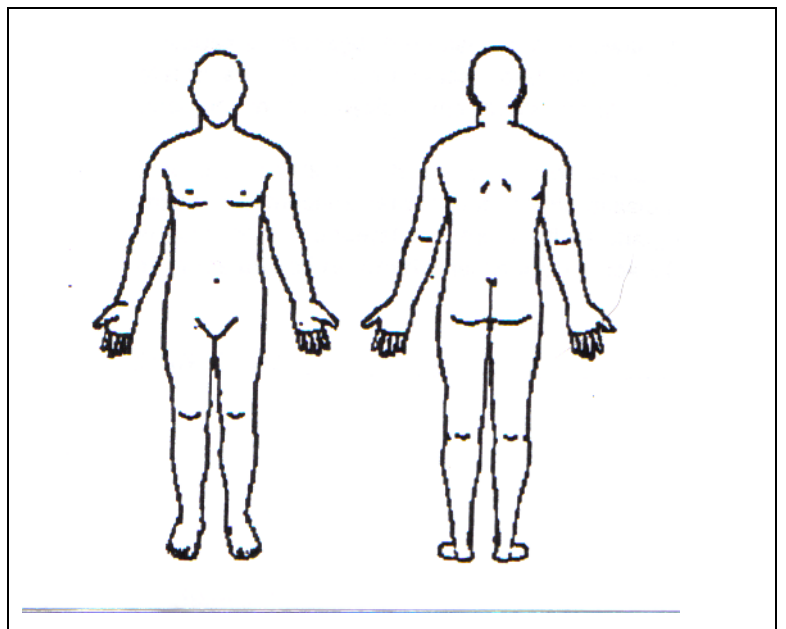
痛い

マッサージ施術後の痛みの程度

0 -----10

痛くない

痛い





お客様の身体の部分で触れると敏感に感じ、セラピストが避けるべき箇所はございますか？

---

普段から行っている運動、ストレス解消のためのアクティビティは何ですか？

---

現在服用中の薬・サプリメント、整体治療など受診中の補充療法などがあれば書いてください。

---

### 同意書

私は、次のことを理解します。

- ・ マッサージ・セラピーは、医療に代わる行為ではないこと。
- ・ マッサージ・セラピストによって提供された情報は、知識・教養目的のためのみであり、医療診断や処方箋とは性質を異にすること。

マッサージ・セラピストは、私の現在の心身状態を知っておく必要があるため、私は自分が知るところの病状すべてを上にも述べました。また、以後、私の心身の状態の最新情報をマッサージ・セラピストに報告することが私の責任であることを理解します。

また、以下のことを理解します。

- ・ 私が、非倫理的、あるいは性的な内容を連想させる表現や行動を取った場合、直ちにマッサージ・セラピーの施術は中断されること。
- ・ 予定されている施術の予約に対して、支払いの義務を負っていること。
- ・ 24時間前までにキャンセルされていない予約に対して、支払いの義務を負っていること。
- ・ 支払いの小切手が不渡りを出した場合、手数料\$25.00を支払う義務を負っていること。

以上の点を理解し、同意いたします。

サイン： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_