

フリガナ  
●名前 \_\_\_\_\_ ●生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 未婚・既婚

●住所 〒 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

●メールアドレス \_\_\_\_\_ PC) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
携帯) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

●職業 \_\_\_\_\_ ●ご来店のきっかけ \_\_\_\_\_

●ご来店目的 \_\_\_\_\_

改善希望	スリミング	ウエイトダウン ・ サイズダウン ・ プロポーション
	フェイシャル	しみ( _____ )・しわ( _____ )・たるみ(ほうれい線、目元、顎)・スキントラブル( _____ )
	骨格調整(体)	首 ・ 肩 ・ 腕 ・ 背中 ・ 腰 ・ 骨盤 ・ 股関節 ・ 脚(O、X、外反母趾) ・ 膝
	骨格調整(顔)	左右バランス ・ エラ ・ 小顔 ・ 頬骨 ・ 目 ・ 鼻筋 ・ 目元 ・ その他( _____ )
	体調	疲労回復 ・ ストレスケア ・ 不眠解消 ・ 更年期障害 ・ 婦人科系( _____ ) ・ その他( _____ )
	体質	冷え性 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 肩こり ・ 神経過敏 ・ 不眠 ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 発汗(多・少)
	痛み(コリ)	部位( _____ )
興味があるメニュー	ボディマッサージ	深層筋マッサージ ・ リンパマッサージ ・ エネルギークレンジング ・ エネルギーチャージ
	骨格調整	歪み(体・顔) ・ 美容面(スリミング・プロポーション)
	耳つぼ	食欲抑制 ・ リフトアップ ・ 深い呼吸 ・ 自律神経 ・ 花粉症
	クレイセラピー	デトックス(重金属の排泄・電磁波の除去) ・ 解毒(肝臓・腎臓・疲労物質)
	ヒーリング	問題の解決(自己・家族・社会・会社・人間関係) ・ 体の痛み ・ ペット
	経絡ヨガセラピー	歪みの自己調整・体の柔軟性・肩こり・腰痛・便秘・冷え性・不眠・疲労・生理不順・自律神経バランス
検査	ホルモン検査 ・ 遺伝子検査 ・ 重金属検査	
確認事項	<p>(該当項目) 糖尿病 ・ てんかん ・ 静脈瘤 ・ ガン ・ 心臓病疾患 ・ 子宮摘出 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳疾患 ・ 肝炎 人工透析 ・ ベースメーカー ・ 避妊リング ・ ボルト ・ 他( _____ )</p> <p>過去に大きな手術をされた事がありますか？ いいえ ・ はい( _____ )</p> <p>※骨格調整をご希望の方は、下記のご記入をお願い致します。</p> <p>手術：美容外科( _____ ) ・ 歯科矯正( _____ ) ・ 他( _____ )</p> <p>過去に打撲、骨折、脱臼、捻挫、靭帯損傷をされた事がありますか？ 部位( _____ )</p> <p>スポーツ歴： _____</p>	
施術同意書	<p>・骨格調整、各セラピーは、不快な症状の軽減を目指す療術で、医療行為ではございません。</p> <p>・お客様の体質、お肌質によって、軽減のスピードや体感には個人差がございます。</p> <p>・崩れていたバランスを取り戻していくために、体自らが、排毒・緊張・弛緩・活性などの自然調整をし始めることがあります。</p> <p>・調整を進めていくに従い、新たな調整箇所が現れてくる場合がございます。</p> <p>・既往症をお持ちの方、妊娠されている場合は、担当医の指示に従ってください。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(署名)</p>	

(ご記入頂きました個人情報に関して)

ご記入頂いたお客様の個人情報は、施術の向上のためにのみ利用致します。

これらの個人情報は、適正な保護、管理に徹底し、ご本人による事前の同意なしに第三者へ提供は致しません。