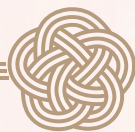




MAA 認定

メディカルアロマリンパドレナージュ カレンデュラハーブ蒸し カウンセリングシート



この度は ご縁に感謝いたします

* ご提供いただきました個人情報は当店の施術・カウンセリングの目的以外には一切使用致しません。

ふりがな					
御名前	様				
御住所	〒				
生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日	満()歳 未婚 ・ 既婚
連絡先	 		MAIL ※ご予約の確認メールを送信致しますのでご記入ください		
御紹介	様・店		当店を何でお知りになりましたか HP・広告・勤務先・御自宅が近い・Facebook・ Instagram・その他()		

* お手数をおかけいたしますが裏面も記入お願いいたします *

お身体の状態についてご記入・○(マル)を付けてください

🌀 現在の健康状態

● 良好・普通・悪い(症状:) ● 現在妊娠中またはその可能性 有り ・ 無し

🌀 体質・症状・心の状態

- I 肩こり・神経痛・批判的・歯痛・喘息・副鼻腔炎・風邪をひきやすい・花粉症・ニキビが出やすい・無気力感
II むくみやすい・不眠症・忘れっぽい・高血糖・不安症・緊張しやすい・ショックな出来事・精神的疲労感
III 冷え性・便秘症・下痢症・疲労感・免疫力や抵抗力が下がり気味・食欲不振・消化不良・胃炎・胃痙攣・自分への思いやりが少ない・心配性・吹き出物が出やすい・化学物質過敏症
IV 慢性気管支炎・更年期の不調・月経痛・月経不順・気分の浮き沈みがある・意気消沈・ネガティブ思考
V パニックになりやすい・自信喪失・暴飲暴食気味・高コレステロール・胃痛・胃酸過多・胸焼け・血行不良気味
VI 疲れが取れない・ぎっくり腰・偏頭痛・胃腸が弱い・高血圧・ぐっすり眠れない・寝つきが良くない・夜中に目が覚める・怒りっぽい・無関心
● アレルギー有り() ・ 無し

🌀 最後に

お身体の状態で、どのようなことを改善したいですか？また、自身の心の状態についてどのようなことを望みますか？又はどのような変化があったら嬉しいですか？

()

注意事項

トリートメントを受けられる前に必ずご確認ください。当サロンの施術行為は治療を目的とした医療行為ではありません。

ご不明な点はお質問いただきますようお願い致します。

- ・体調がよくない方
- ・水虫または皮膚疾患のある方
- ・飲酒をされている方
- ・重度の糖尿病・骨粗鬆症の方
- ・3週間以内の美容治療(コラーゲン・脱毛など)
- ・医師の了承が得られない場合
- ・熱があるとき
- ・化膿疾患がある場合
- ・リンパ節(腺)・扁桃腺が腫れているとき
- ・心臓または脳に疾患のある方
- ・重症の循環器障害(静脈炎、進みすぎた静脈瘤、皮膚の潰瘍性病変など)
- ・甲状腺の機能障害(甲状腺機能低下など)
- ・免疫にかかわる疾患(癌腫、発熱を伴う感染性疾患)
- ・妊娠中・外的手術後3週間以内(施術開始時には医師の許可のもとに行うこと)

※当店でを行うリンパドレナージュ技術は、リラクゼーション・病気の予防を目的とする技術であり、ガンなどの手術で起こるリンパ浮腫に対して施す技術ではありません。

上記内容の項目にあてはまる方を含め、それ以外の該当症状があり、医師より禁止されている場合は施術をお断りする事がございます。

施術中、体調の変化が表れた場合など、速やかに申し出るとともに、お身体へのトラブル等が起こった場合の一切の責任は負いかねません事をご了承ください。

御署名 年 月 日

* 御記入 ありがとうございました *