



ヘルス&トリートメントカウンセリング

姓: 名: 日にち:
 宿泊ホテル: 客室番号:
 国籍:
 性別: _____ 男 _____ 女

トリートメントの参考にさせていただくためのヘルスチェックです。下記の項目にお答え下さい。

質問をお読みいただき、右のはいいいいえの欄に印をして下さい。	はい	いいえ	備考
Allergies or reaction to any skin care product? スキンケア製品にたいしてアレルギーや反応がある。			
Dermatitis, eczema or any other skin rash or irritation? 肌の炎症やトラブルがありますか？			
Do you have any heart condition? 心臓に疾患がある。			
Have you had any operations in the last 6 months? 過去6ヶ月に手術を受けた。			
Epilepsy, or other nervous condition? てんかんまたは神経系に疾患がある。			
High or low blood pressure? 高血圧または低血圧である。			
Do you have any serious injuries or illness? 何らかの外傷または疾病がある。			
Are there any areas on your body we should avoid? マッサージをしないで欲しい部分がありますか？			
Are there any areas we should be careful during treatments? マッサージの際気をつけて欲しい部分がありますか？			
Do you like heavy massage? 強めのマッサージがが好きですか？			
Are you pregnant or recently given birth? いま妊娠をしているまたは最近出産をした。			

Guest's Signature

希望セラピスト:
 詳細やリクエスト:

 ご意見・ご希望:
 Any Suggestions:

Treatment Record

Date	Time	Treatment	Therapist	Special Requests

FM SPA 16

This information is confidential

REV.13.01.08