

整体 免責事項承諾同意書

整体とは「筋肉やズレを矯正してバランスを調整することにより、自然治癒力を高めたり健康増進・体質改善をはかる民間療法」であり、医療行為や治療とは違います。

従って、以下の方は当方での施術を受けて頂けません。

確認事項

・現在通院治療中の疾患はあるか。(ある・なし)

特に椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、黄色靭帯骨化症、脊柱側湾症、坐骨神経痛、骨粗鬆症、変形性脊椎症

・過去に以下の骨折があるか。(ある・なし)

大腿骨頸部骨折、椎体骨折、手首の骨折

・現在内服中の薬はあるか。(ある・なし)

特にステロイドやフェマールなどの女性ホルモンを下げる薬。

・接触感染及び、飛沫感染の恐れがある感染症や疾患があるか。(ある・ない)

(例風邪、インフルエンザ、ウイルス性胃炎等)

・1年以内に手術を受けていないか。(受けている・受けていない)

・降圧剤等、常用している薬がないか。(ある・ない)

・心臓病、高血圧、糖尿病等、持病を抱えている。(抱えている・抱えていない)

施術後、身体が緩んだため、又は回復しようとしてだるさが出たりすることがあります。

上記の内容をご確認いただいた上で、また、整体の範疇を理解した上で整体を受ける事に同意していただきます。

又、貴重品に関するトラブルにも、当方は一切の責任を負いかねますので、合わせてご了承下さい。

上記を全て了承いたします。

普段、疲れやすい箇所を  で

(例

日付：_____年_____月_____日

怪我をしている、過去に手術や怪我をした等、

(フリガナ)

触ってはいけない箇所を  で記入して下さい。



署名 _____

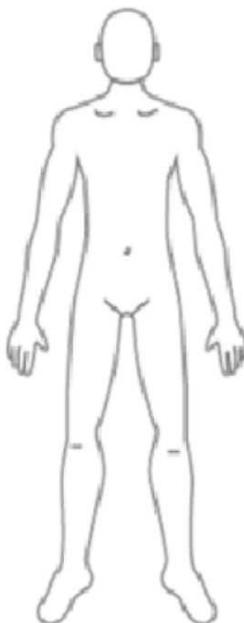
住所

電話：携帯：

生年月日

昭和・平成_____年_____月_____日

_____歳



正面



背面