

免責事項承諾同意書


当整体はリラクゼーションを目的とした施術です。
当店では医療行為や治療を目的とした行為は一切行いません。
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ラ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)

上記の内容をご確認いただいた上で、施術を受けられるのは全て『自己責任』とさせていただきます。トラブルがあった場合でも、当方は一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。
加えて、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、触っ

(フリガナ)

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