

ボディケアチェックシート

No.

年 月 日

フリガナ		性別	男・女
お名前		職業	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)		
住所	〒 -		
電話番号			
ご紹介者		領収書は必要ですか?	はい・いいえ

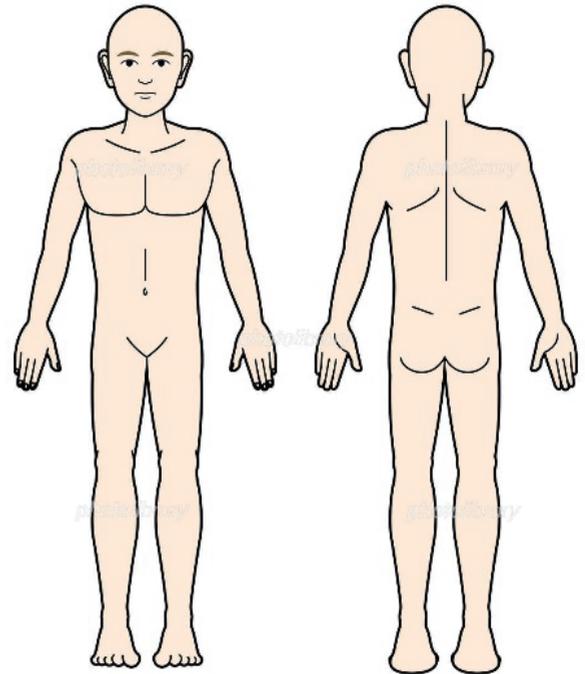
※当院では、医療保険の範囲を超えた、幅の広い背術を提供・提案しております。
そのため施術代金は全額自己負担となります。ご了承ください。
(金額につきましては、別紙料金表にて説明いたします)

[お体の状態について]

- 痛みはありますか? (はい ・ いいえ)
いつ頃から痛みが続いていますか? 年 月 日 (前から)

- 現在、お体の気になる部位を教えてください。
右のイラストの痛いところへ○をつけてください。

- その他 (希望・目標など)



大志堂
ボディワークスタジオ

