

Health Check (タラソテラピーのご利用にあたって)

フリガナ	男・女	生年月日 西暦	年	月	日(才)
氏名	血液型	型	身長	cm	
〒	ご住所	都道	府県		
TEL	パソコン メールアドレス				
()	@				
携帯メールアドレス<携帯メール会員へのご登録となります>					
※新着情報やお得な情報をいち早くお届けしたく存じます。ご希望と方法に□にチェックをいれてください。 <input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> PCメール <input type="checkbox"/> 携帯メール <input type="checkbox"/> 郵送・メールどちらも) <input type="checkbox"/> どれも希望しない					

当施設は、タラソテラピーご利用に際する皆さまの安全性には十分な配慮を心がけておりますが、より充実した時間をお過ごしいただくために、下記事項のご確認とご記入、および裏面へのご署名をお願いしております。なお、現在、健康面に何らかの問題や不安をお持ちの場合には、お申し出のうえ、スタッフにご相談ください。

①当施設のご利用目的を教えてください (3つまでご選択いただき、○で囲んでください)

- | | | |
|------------------|----------------|-----------------|
| 1. タラソテラピーに興味がある | 6. 体型改善(ダイエット) | 11. 精神的リラックス |
| 2. 肉体的リラックス | 7. 痛み・疾患の改善・予防 | 12. 知人に誘われて |
| 3. ストレス解消 | 8. 体調の回復 | 13. 旅行・レジャーのひとつ |
| 4. 爽快感(リフレッシュ) | 9. スキンケア | 14. その他 |
| 5. フィットネス | 10. リハビリテーション | () |

②これまでに、タラソテラピーを体験されたことはありますか？

NO ・ YES (いつ どちらで)
(どのようなトリートメントを)

③水やプールに対する不安感などはお持ちですか？(泳げない、中耳炎など)

NO ・ YES (理由など)

④昨夜の睡眠時間は何時間でしたか？()時間程度

⑤健康面の不安や問題点などはございますか？

NO ・ YES ※YESとお応えの方は、裏面の⑧～⑩の質問にもご記入ください。

- ex) ・心臓および循環器系に障害のある方 ・リウマチ性の障害及び関節に障害のある方
 ・本日、アルコールを召しあがった方 ・その他
 ・ひどい痛みやかゆみ、傷やヨードアレルギーなど皮膚疾患のある方は、⑪～⑬にもご記入ください。

※以下は、女性の方のみへの質問です。

⑥現在、生理中ですか？

NO ・ YES

⑦現在、妊娠されていますか？

NO ・ YES ・ わからない

*妊娠中(16～32週のみ)の方は、ご予約時にご相談ください。

あてはまる数字に○をつけ、必要事項をご記入ください。

⑧以下の症状で自覚する事や医師の診断を受けたことは、ありますか。

- | | | | |
|---------|----------|-----------------------------|---------------------------|
| 1.糖尿病 | 8.高脂血症 | 15.関節炎 | 22.胸部不快感 |
| 2.脳血管疾患 | 9.癌・潰瘍 | 16.むくみや腫れ | 23.皮膚疾患
(湿疹・じんましん・水虫他) |
| 3.肺疾患 | 10.精神的疾患 | 17.貧血 | 24.倦怠感 |
| 4.リウマチ | 11.高血圧 | 18.肥満 | 25.動悸・息切れ・めまい |
| 5.静脈疾患 | 12.腎臓病 | 19.手足のしびれ | 26.腰・肩の不快感 |
| 6.肝臓病 | 13.腰痛 | 20.頭痛 | 27.その他 |
| 7.心臓病 | 14.甲状腺疾患 | 21.アレルギー性疾患
(ヨード・金属・その他) | () |

⑨上記についてお教えてください。

(いつから どのような経過か)

⑩上記について、医師から指示を受けていますか？

ない ・ ある()

肌のコンディションについて教えてください。〈ビューティトリートメントをお受けになる方へ〉

⑪これまでに、化粧品によるアレルギーやかぶれを経験されたことはありますか？

ない ・ ある(アイテムまたは製品名: _____)

⑫現在の肌質はどのような状態ですか？

(普通肌 ・ 脂性肌 ・ 乾燥肌 ・ 混合肌 ・ 敏感肌)

⑬現在、肌の悩みや気になることはありますか？

(乾燥 ・ 小じわ ・ シワ ・ くすみ ・ しみ ・ 透明感のなさ
ハリのなさ ・ たるみ ・ 毛穴 ・ にきび ・ 吹出物 ・ その他 _____)

⑭本日のご利用にあたり、トリートメント担当者へお伝えになりたいことなどがございましたら
どうぞ自由にご記入ください。

■ ご同意ください ■

タラソテラピーを受けることにより、運動効果に似た体調の変化が現れます。

つきましては、ご自身の健康と快適なご滞在のために、体調の変化などには十分に気をつけていただきながら
当施設のご利用をお楽しみください。また、タラソテラピーや、それに類するプログラムをお受けいただくにあたり、
万一の問題が発生した場合には、自己責任が生じることをご了承ください。

西暦 20 年 月 日

ご署名 _____

プライバシーポリシー

この用紙にご記入いただいた情報は、お客さまに、安全かつ効果的にタラソテラピープログラムをお受けいただく目的
や、新しいサービスや製品などの情報をお知らせするために、テルムマランにて大切に利用させていただきます。(そのよ
うな情報がご不要な場合は、お知らせは致しません。)なお、情報は厳重に管理し、第三者に開示・提供する事はいたしま
せん。但し、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合には、その必要性の有無を十分検討した
上で、開示することがあります。また、お客さま個人の情報の開示・訂正・削除等につきましては、ご本人からのお申し出に
より、適切に対応させていただきます。