

HEALTH CHECK

この度は当施設をご利用いただき、誠にありがとうございます。
より安全に充実したタラソテラピーをご提供するために以下のご質問にお答えください。

フリガナ 氏名：		生年月日：		年齢 歳 年	
		19 年 月 日			
〒		ご連絡先住所： 都 道 府 県			
TEL：		メールアドレス			
()		@			
妊娠 週	身長： cm	体重： 妊娠前 kg	現在 kg	血液型： 型	
受診されている医療機関：			TEL： ()		

*皆さまに、新着情報やお得な情報をいち早くメールニュースにてお届けしたく存じます。ぜひ、PCのメールアドレスをご記入ください。

あてはまるところに○をつけ必要な事項をご記入ください。

- ①今までにタラソテラピーのご経験はありますか？
NO ・ YES(いつ どちらで)
- ②今回のご利用にあたってまたは、妊娠されてから医師(産科医)から指示を受けていますか？
NO ・ YES
YESの方は詳しく教えてください。()
- ③今回のご利用の動機を教えてください。
()
- ④水やプールに対しての不安感はありますか？(泳げない、中耳炎など)
NO ・ YES()
- ⑤初めてのご出産ですか？
NO(度目の出産) ・ YES
- ⑥薬または健康補助食品を服用していますか？
NO ・ YES
YESの方は詳しく教えてください。()
- ⑦過去または現在において定期的な運動習慣はありますか？
NO ・ YES
YESの方は詳しく教えてください。(いつ 運動内容)
- ⑧過去に大きな病気・手術・ケガをしたことがありますか？
NO ・ YES
YESの方は詳しく教えてください。(いつ どんな)
- ⑨現在、以下の症状で自覚することや医師の診断を受けたことがありますか？
1.糖尿病 6.潰瘍 11.関節炎
2.静脈疾患 7.精神的疾患 12.貧血、むくみや腫れ
3.肝臓病 8.高血圧 13.肥満
4.心臓病 9.腎臓病 14.アレルギー性疾患(ヨード・その他)
5.ぜんそく 10.腰痛 15.その他()

⑩前記について医師の指示はありますか？

NO ・ YES

YESの方は詳しく教えてください。()

⑪最近の体調について 1~4 に○印でお答えください。

1 いいえ 2 ときどき 3 かなり 4 いつも

1.手・脚のむくみが気になる	1	2	3	4
2.腹痛またはお腹の張りを感じる	1	2	3	4
3.血圧が高い	1	2	3	4
4.イライラすることがある	1	2	3	4
5.疲労を感じる	1	2	3	4
6.トイレの回数が多い	1	2	3	4
7.腰痛がある	1	2	3	4
8.睡眠不足である	1	2	3	4
9.ボーっとすることがある	1	2	3	4
10.手・脚が冷える	1	2	3	4
11.胸のむかつきがある	1	2	3	4

⑫現在、以下の項目で不安を感じたり気になることがありますか？

- 1.体型の変化 3.体重の増減 5.育児について
2.家族の協力 4.食事や栄養 6.その他()

⑬その他ご要望・ご質問があれば教えてください。

()

■ ご 同 意 ■

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、ご自身の体調管理のために健康状態に十分配慮して当施設の利用をお楽しみください。またタラソテラピー、それらに類するプログラムをお受けいただくにあたり、万一問題がおきた場合、自己においての責任が生じることにご了承ください。

平成 年 月 日

ご署名 _____

プライバシーポリシー

この書面にご記入いただいた情報は、お客様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、またはお客様に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使わせていただきます。(そのような情報がご不要な場合は、お知らせ致しません。)尚、いただきました情報は厳重に管理し、第三者に提供する事はございません。また、お客様個人の情報の開示・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。