

マッサージセラピーの初診と同意書

マッサージセラピーおよびボディワークサービスの健康歴と知情同意

クライアント情報

名前 *

苗字 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

セッション詳細

ご希望のマッサージの種類 *

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ スウェーディッシュ/リラクゼーション | ☐ ディープティッシュ |
| ☐ スポーツマッサージ | ☐ ホットストーン |
| ☐ トリガーポイント治療 | ☐ 筋膜リリース |
| ☐ リンパドレナージ | ☐ リフレクソロジー |
| ☐ アロマセラピー | ☐ カッピング |
| ☐ セラピストの推奨 | |

圧力の好み *

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 軽い | ☐ 中程度 | ☐ しっかり |
| ☐ 深い/非常にしっかり | | |

注力する部位/懸念事項

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 頭部/首 | ☐ 肩 | ☐ 上背部 |
| ☐ 下背部 | ☐ 腕/手 | ☐ 腰/臀部 |
| ☐ 脚/足 | ☐ 全身—均等な注力 | |

避けるべき部位

健康歴

以下のいずれかの症状がありますか？

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ 高血圧 | ☐ 心臓病 | ☐ 糖尿病 |
| ☐ がん(現在または最近) | ☐ 血栓/深部静脈血栓症の既往 | ☐ 骨粗鬆症 |
| ☐ 関節炎 | ☐ 線維筋痛症 | ☐ 皮膚疾患(湿疹、乾癬、発疹) |
| ☐ 静脈瘤 | ☐ 椎間板ヘルニアまたは膨隆 | ☐ 上記のいずれでもない |

現在妊娠していますか？*

- ☐ はい ☐ いいえ

最近、怪我、手術、または骨折がありましたか？*

- ☐ はい ☐ いいえ

ある場合は説明してください

現在の薬物療法

オイル、ローション、または香料にアレルギーがありますか？*

- ☐ はい ☐ いいえ

ある場合は説明してください

同意と免責事項

マッサージセラピーの同意:

1. マッサージセラピーは医学的治療の代用ではないことを理解しています。
2. セッション中の不快感については、セラピストに伝えます。
3. 自分の快適なレベルまで脱衣でき、常に適切にドレーピングされることを理解しています。
4. セラピストと相談したマッサージ手技に同意します。
5. マッサージが筋肉痛、打撲、またはめまいを引き起こすことがあることを理解しています。
6. すべての関連する健康状態を開示しており、情報を隠すと治療の安全性に影響を与える可能性があることを理解しています。

マッサージセラピーに同意し、すべての関連する健康情報を開示しました。

上記の同意を読んで

同意します: _____

セッションノート

オフィス使用のみ

	日付	部位	手技	圧力
エントリ 1				
エントリ 2				
エントリ 3				
エントリ 4				
エントリ 5				
エントリ 6				

同意と署名

説明されたとおりマッサージセラピーに同意します。すべての関連する健康状態を開示しており、治療の性質と目的を理解しています。セラピストを責任から免除します。

上記の情報を読んで理解し、知情同意を与えることを確認します。

上記の情報を読んで理解しました:

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。