

마사지 치료 초진 및 동의서

마사지 치료 및 신체 작업 서비스에 대한 건강 이력 및 정보 동의

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

시술 세부 사항

요청한 마사지 종류 *

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 스웨디시/이완 마사지 | ☐ 깊은 조직 마사지 | ☐ 스포츠 마사지 |
| ☐ 핫스톤 마사지 | ☐ 트리거 포인트 치료 | ☐ 근막이완 치료 |
| ☐ 림프 드레니지 | ☐ 반사 요법 | ☐ 아로마테라피 |
| ☐ 부항 요법 | ☐ 치료사 추천 | |

압력 선호도 *

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 가벼운 압력 | ☐ 중간 압력 | ☐ 강한 압력 |
| ☐ 깊은/매우 강한 압력 | | |

집중 부위/문제 부위

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 머리/목 | ☐ 어깨 | ☐ 상등부 |
| ☐ 하등부 | ☐ 팔/손 | ☐ 엉덩이/둔부 |
| ☐ 다리/발 | ☐ 전신 — 균등한 집중 | |

피해야 할 부위

건강 이력

다음 중 해당하는 질환이 있습니까?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ 고혈압 | ☐ 심장 질환 | ☐ 당뇨병 |
| ☐ 암(현재 또는 최근) | ☐ 혈전/심부정맥혈전증 병력 | ☐ 골다공증 |
| ☐ 관절염 | ☐ 섬유근육통 | ☐ 피부 질환(습진, 건선, 발진) |
| ☐ 정맥류 | ☐ 디스크 탈출 또는 팽윤 | ☐ 위의 사항 없음 |

현재 임신 중이십니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

최근에 부상, 수술, 또는 골절이 있었습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

있다면 설명해주시시오

현재 복용 중인 약물

오일, 로션, 또는 향료에 대한 알레르기가 있습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

있다면 설명해주시시오

동의 및 책임 면제

마사지 치료 동의:

1. 마사지 치료는 의료 치료를 대신할 수 없음을 이해합니다.
2. 시술 중 불편함이 있으면 치료사에게 알려줍니다.
3. 편안 정도까지 옷을 벗을 수 있으며, 항상 적절히 덮혀 있을 것임을 이해합니다.
4. 치료사와 상의한 마사지 기법에 동의합니다.
5. 마사지가 근육통, 멍, 또는 어지러움을 유발할 수 있음을 이해합니다.
6. 모든 관련 건강 상태를 공개했으며, 정보 숨김이 치료의 안전성에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.

마사지 치료에 동의하며 모든 관련 건강 정보를 공개했습니다.

위의 동의서를 읽고
동의합니다: _____

시술 기록

사무실 용도만

	날짜	부위	기법	압력
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				

	날짜	부위	기법	압력
항목 6				

동의 및 서명

설명된 대로 마사지 치료에 동의합니다. 모든 관련 건강 상태를 공개했으며, 치료의 성격과 목적을 이해합니다. 치료사를 책임에서 면제합니다.

위의 정보를 읽고 이해했으며 정보 동의를 제공합니다.

위의 정보를 읽고
이해했습니다: _____

서명 _____

날짜 _____

이름 인쇄 _____

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공합니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.