

Phiếu Intake & Xác nhận Liệu pháp Massage

Lịch sử sức khỏe và xác nhận sử dụng dịch vụ liệu pháp massage và bodywork

Thông tin Khách hàng

Tên *

Họ *

Địa chỉ Email *

Số Điện thoại *

Ngày sinh *

MM / DD / YYYY

Chi tiết Phiên làm việc

Loại Massage Được Yêu cầu *

- | | |
|---|---|
| ☐ Swedish / Thư giãn | ☐ Deep Tissue |
| ☐ Massage thể thao | ☐ Hot Stone |
| ☐ Trigger Point Therapy | ☐ Myofascial Release |
| ☐ Dẫn lạc Bạch huyết | ☐ Phản xạ liệu pháp |
| ☐ Liệu pháp Thơm | ☐ Massage Gác |
| ☐ Khuyến nghị của Chuyên gia Liệu pháp | |

Tùy chọn Lực ép *

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Nhẹ | ☐ Vừa | ☐ Chắc |
| ☐ Sâu / Rất chắc | | |

Vùng Tập trung / Mối quan tâm

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Đầu / Cổ | ☐ Vai | ☐ Lưng trên |
| ☐ Lưng dưới | ☐ Cánh tay / Bàn tay | ☐ Hông / Mông |
| ☐ Chân / Bàn chân | ☐ Toàn thân — Tập trung đều | |

Vùng cần Tránh

Lịch sử Sức khỏe

Bạn có bất kỳ tình trạng nào sau đây không?

- | | |
|--|--|
| ☐ Huyết áp cao | ☐ Bệnh tim mạch |
| ☐ Bệnh tiểu đường | ☐ Ung thư (hiện tại hoặc gần đây) |
| ☐ Tiền sử cục máu đông / DVT | ☐ Loãng xương |
| ☐ Viêm khớp | ☐ Fibromyalgia |
| ☐ Tình trạng da (chàm, vẩy nến, phát ban) | ☐ Tĩnh mạch giãn |
| ☐ Thoát vị đĩa đệm hoặc phồng ra | ☐ Không có tình trạng nào ở trên |

Bạn hiện đang mang thai không? *

- ☐ Có ☐ Không

Bạn có bị chấn thương gần đây, phẫu thuật, hoặc gãy xương không? *

- ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng mô tả

Thuốc hiện tại

Bạn có dị ứng với dầu, kem dưỡng, hoặc hương thơm không? *

- ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng mô tả

Xác nhận & Miễn trừ

Xác nhận Liệu pháp Massage:

1. Tôi hiểu rằng liệu pháp massage không phải là thay thế cho điều trị y tế.
2. Tôi sẽ thông báo cho nhân viên liệu pháp của tôi nếu cảm thấy bất kỳ sự không thoải mái nào trong suốt phiên làm việc.
3. Tôi hiểu rằng tôi có thể cởi quần áo theo mức độ thoải mái của mình và sẽ được che phủ đầy đủ ở mọi lúc.
4. Tôi đồng ý với các kỹ thuật massage được thảo luận với nhân viên liệu pháp của tôi.
5. Tôi hiểu rằng massage đôi khi có thể gây đau nhức, bầm tím, hoặc chóng mặt.
6. Tôi đã công khai tất cả các tình trạng sức khỏe liên quan và hiểu rằng việc giấu giếm thông tin có thể ảnh hưởng đến sự an toàn của liệu pháp của tôi.

Tôi đồng ý với liệu pháp massage và đã công khai tất cả thông tin sức khỏe liên quan.

Tôi đã đọc và đồng ý với sự xác nhận ở trên: _____

Ghi chú Phiên làm việc

Chỉ dành cho sử dụng nội bộ

	Ngày	Vùng	Kỹ thuật	Lực ép
Mục nhập 1				
Mục nhập 2				
Mục nhập 3				
Mục nhập 4				
Mục nhập 5				
Mục nhập 6				

Xác nhận & Ký tên

Tôi đồng ý với liệu pháp massage như được mô tả. Tôi đã công khai tất cả các tình trạng sức khỏe liên quan và hiểu được tính chất và mục đích của liệu pháp. Tôi miễn trừ trách nhiệm của nhân viên liệu pháp.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên và cho phép sử dụng.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên: _____

Chữ ký

Ngày

Họ và tên

Ngày *

MM / DD / YYYY

Biểu mẫu này được cung cấp miễn phí bởi Consentify

Consentify chuyển đổi các biểu mẫu như thế này thành sự đồng ý kỹ thuật số mà khách hàng của bạn ký trên điện thoại của riêng họ bằng mã QR — với các tệp PDF tự động, cờ chống chỉ định và lưu trữ được mã hóa. Gói miễn phí có sẵn tại <https://getconsentify.com>.

Chỉ là mẫu. Hãy xem xét với chuyên gia có giấy phép hoặc tư vấn pháp lý của riêng bạn trước khi sử dụng; yêu cầu khác nhau tùy theo khu vực pháp lý và phương pháp tập luyện.