

按摩疗法初诊和同意书

按摩疗法和身体护理服务的健康史和知情同意

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

疗程详情

所请求的按摩类型 *

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 瑞典式/放松按摩 | ☐ 深层组织按摩 | ☐ 运动按摩 |
| ☐ 热石疗法 | ☐ 触发点疗法 | ☐ 筋膜放松 |
| ☐ 淋巴引流 | ☐ 反射疗法 | ☐ 芳香疗法 |
| ☐ 拔罐疗法 | ☐ 治疗师推荐 | |

按压力度偏好 *

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 轻力 | ☐ 中等力度 | ☐ 坚实力度 |
| ☐ 深层/非常坚实力度 | | |

重点关注区域/问题

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 头部/颈部 | ☐ 肩部 | ☐ 上背部 |
| ☐ 下背部 | ☐ 手臂/手部 | ☐ 臀部/臀肌 |
| ☐ 腿部/脚部 | ☐ 全身——均匀关注 | |

需要避免的区域

健康史

您是否有以下任何疾病？

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ 高血压 | ☐ 心脏病 | ☐ 糖尿病 |
| ☐ 癌症(现有或近期) | ☐ 血栓/深静脉血栓史 | ☐ 骨质疏松症 |
| ☐ 关节炎 | ☐ 纤维肌痛症 | ☐ 皮肤病(湿疹、银屑病、皮疹) |
| ☐ 静脉曲张 | ☐ 椎间盘突出或膨出 | ☐ 以上都没有 |

您目前怀孕吗? *

☐ 是 ☐ 否

您最近是否有过伤害、手术或骨折? *

☐ 是 ☐ 否

如有,请描述

目前药物

您对油、乳液或香气过敏吗? *

☐ 是 ☐ 否

如有,请描述

同意和免责声明

按摩疗法同意:

1. 我理解按摩疗法不是医疗治疗的替代品。
2. 我会在疗程中向治疗师报告任何不适。
3. 我理解我可以根据舒适度脱衣,并且在任何时候都会得到适当的覆盖。
4. 我同意与治疗师讨论的按摩技术。
5. 我理解按摩可能偶尔会导致肌肉酸痛、瘀伤或眩晕。
6. 我已披露所有相关健康状况,并理解隐瞒信息可能会影响我的治疗安全。

我同意进行按摩疗法并已披露所有相关健康信息。

我已读并同意上述同意:

疗程记录

仅供办公室使用

	日期	区域	技术	力度
记录条目 1				
记录条目 2				
记录条目 3				
记录条目 4				
记录条目 5				

	日期	区域	技术	力度
记录条目 6				

同意和签名

我同意进行如所述的按摩疗法。我已披露所有相关健康状况,并理解治疗的性质和目的。我免除治疗师的责任。

我确认已读并理解上述信息,并给予知情同意。

我已读并理解上述信息: _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。