

## Feel Better Remedial Massage

개인 정보와 연락처

이름(한국어) 허은재 이름(영문) YOONJONG HEO 생년월일 23/11 / 83

휴대폰 번호 0435 536 335 비상 연락처 및 관계 \_\_\_\_\_

집 주소 360 medrowland rd Belmont 우편번호 4153

이메일 ian78247824@gmail.com 직업 \_\_\_\_\_

저희 클리닉을 어떻게 알게 되셨나요? 인터넷/지면 광고/간판/ 지인 소개 (소개자 이름 \_\_\_\_\_)

알레르기가 있으신가요? Y / (N) 기타 \_\_\_\_\_

임신중이신가요? (Y) / N \_\_\_\_\_ (달) 예정일 22/1

예전이나 현재 겪으시는 질병 / 현재 복용하시는 약 \_\_\_\_\_

해당되는 것에 체크해 주세요.

☐ 암 ☐ 두통/편두통 ☐ 관절염 ☐ 당뇨병 ☐ 사고 또는 부상

☐ 고혈압/저혈압 ☐ 섬유근육통 ☐ 불안 ☐ 간질 또는 발작 ☐ 골다공증

☐ 심장병 ☐ 무감각증 ☐ 염좌 또는 좌상 ☐ 천식 ☐ 신장 기능 장애

☐ 수술 ☐ 순환기계 문제 ☐ 뇌졸중 ☐ 혈전

위의 질문 중 하나라도 해당된다면 여기에 추가 정보를 적어 주세요

위의 사항에 해당되지 않으나 알아야 할 기타 사항을 적어 주세요. \_\_\_\_\_

마사지 치료 목표: \_\_\_\_\_

### 치료 동의

나는 내가 아는 한 최선을 다해 나의 건강 및 병력에 관한 모든 관련 정보를 제공해야 하며 치료에 전적으로 동의합니다. 나는 이 동의가 향후 모든 치료에 적용되기를 원하며 내 병력에 발생할 수 있는 모든 변경 사항을 서비스 제공자에게 업데이트해야 함을 이해합니다. 본인은 최소 24시간 전에 통지하지 않을 경우 50%의 취소 수수료가 적용될 수 있음을 이해합니다.

☒ 치료에 동의합니다

☒ 예약 확인을 위한 문자(SMS) 및/또는 이메일 수신에 동의합니다. ☐ 문자 ☐ 이메일 ☐ 둘다

고객 이름: 허은재 서명: \_\_\_\_\_

날짜: 4 / 10 / 24