

Feel Better Remedial Massage

개인 정보와 연락처

이름(한국어) 김소연 이름(영문) Soyoun KANG 생년월일 2010411995

휴대폰 번호 0449 887 220 비상 연락처 및 관계 _____

집 주소 18 trident st, mansfield 우편번호 _____

이메일 95sy7220@gmail.com 직업 _____

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

알레르기가 있으신가요? Y / N 기타 _____

임신중이신가요? Y / N (달) 예정일 _____

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: 김소연 서명: [Signature]

날짜: 5 / 2 / 25

Feel Better Remedial Massage

부항 요법 동의서

이전에 부항 치료를 받은 적이 있나요? ☒ 예 ☐ 아니오

나(고객 이름) 김소연 는 부항 요법 치료사가 부항 요법
절차, 효과, 금기 사항 및 가능한 부작용에 대해 충분히 설명했음을 동의합니다. 부항 자국은
1 ~ 3 주 정도 지속될 수 있음을 이해합니다.

서명

김소연

날짜

5 / 2 / 2025