

体に関する質問票

名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

生まれてからこれまでの病気やケガなど教えてください。（何歳にどういったことがあったか。）

ロルフィングを受けようと思われた動機を教えてください。

現在、体で気になっているところを教えてください。

現在、飲まれている薬はありますか？

女性の方へ、現在妊娠していますか？

はい・いいえ

現在医師・セラピスト・マッサージ・カイロなどにかかっていますか？

現在運動やヨガなど行っていることがありましたらお書き下さい。

私は、上記の健康に関する質問に対して、自分自身の知る限り真実を申し分なく伝えたことを以下の署名をもって証します。

ご署名