



お客様情報 CLIENT PROFILE

お名前 Name \_\_\_\_\_ 日にち Date \_\_\_\_\_  
ご宿泊施設名 Hotel / Villa \_\_\_\_\_ E-メール Email \_\_\_\_\_

お客様へ Dear guest

当スパのトリートメントはリラクゼーションや筋肉の疲れを緩和する目的で作られています。お客様のご希望をより把握させて頂くために、下記質問事項にご回答下さいませようお願いいたします。お客様の禁忌によりお選び頂いたトリートメントを行えない場合がございますが、できる限り安全で快適にお過ごし頂けますよう、お客様に最適なトリートメントを代替、または提案させて頂きます。また、ここにお書き頂いた情報は厳重に管理いたします。

Our spa treatments are meant to provide relaxation and relief of muscular tension. Please fill up the following questionnaire to help us better address your needs. Occasionally, a guest may have a medical contraindication for their chosen treatment, we will do our best to offer a substitute treatment or customize your treatment to make it as safe and enjoyable as possible. All information remains completely confidential.

1. 現在特定の病気による薬を服用されていますか？または下記の病気にかかったことがありますか？該当箇所にチェックを入れてください。  
Are you currently under prescription for any medical condition or have a history of the following medical condition? Please check where applicable:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 High or low blood pressure                        | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患または心血管障害 Heart disease or any cardiovascular problems | <input type="checkbox"/> ぜんそくなどの呼吸障害 Respiratory problems, eg asthma           |
| <input type="checkbox"/> 偏頭痛 Migraines   | <input type="checkbox"/> 運動障害 Mobility impairments                             |
| <input type="checkbox"/> 関節炎/筋肉 または間接の痛み Arthritis / muscle or joint pain          | <input type="checkbox"/> 浮腫 Oedema   |
| <input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy   | <input type="checkbox"/> 湿疹や脂漏症など皮膚における疾患 Skin concerns, eg. Eczema, Seborrhea |

上記項目にあてはまるものがある、またはその他の病状で不明な点がございましたら、スパ・トリートメントの承諾書に署名をされる前に、担当医師に確認されることをお勧めいたします。

If any of the above is applicable or any other medical conditions that you are unsure of, we recommend that you seek doctor's advice before signing up for spa treatment.

2. 最近、手術を受けたことがありますか？ はい / いいえ  
はいと答えられた方：手術の内容をお知らせ下さい。Have you undergo any operations recently? Yes / No If yes, please describe nature of operation

3. 皮膚にアレルギーはありますか？ はい / いいえ  
はいと答えられた方：どのような素材や原料にアレルギー反応が起きますか  
Do you have any skin allergy? Yes / No If so, please indicate the product/ingredients that you are allergic to :

4. 女性のお客様への質問：現在、妊娠されていますか？ はい / いいえ  
はいと答えられた方：妊娠何ヶ月目ですか？  
This question is only applicable to female guests. Are you currently pregnant? Yes / No If Yes, please specify the stage of your pregnancy

妊娠中のお客様用に、特別にご用意したトリートメントがございます。  
A spa treatment specially tailored with your pregnancy in mind will be recommended.

5. お客様によりご満足頂くために、当スパが事前に把握すべき点があればお知らせ下さい。  
Is there anything you would like us to take note of prior to your treatment, to allow us to serve you better?

ご署名の前にお読み下さい。Please read before signing

私が受けるトリートメントに関連する必要な情報は、私の知る限り全て正直に回答することを宣誓します。私は私が受けるトリートメントがリラクゼーションや筋肉の緊張を緩和することが目的であり、医療またはその他の専門治療の代用でないことを理解しています。万一、トリートメント中に痛みや不快感を覚えた場合、直ちに私のセラピストに 快適な状態に調整するよう伝えます。私の既往歴に関する新たな情報はバンヤンツリー・スパに申告することに同意します。また、その申告を忘れた場合、バンヤンツリー・スパには何の責任も問いません。私が不法なもしくは性的で挑発的な発言や身体的接近を行った場合には、トリートメントが直ちに終了することを了承しており、予定されている清算は全て責任を持って支払いをいたします。

I verify to the best of my knowledge, that I have answered all questions honestly and that I have not withheld any information that may be relevant to my treatment. I understand that the spa treatment that I receive is provided for the basic purpose of relaxation and relief of muscular tension. If I experience any pain or discomfort during my session, I will immediately inform my therapist to adjust the treatment to my comfort level. I agree to inform Banyan Tree Spa of any new information regarding my medical profile and there shall be no liability on the part of Banyan Tree Spa should I omit doing so.

It is also understood that any illicit or sexually suggestive remarks or advances made by me will result in immediate termination of the session and I will be liable for full payment of the scheduled appointment.

お客様ご署名 Client \_\_\_\_\_ 日にち Date: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_