

SPA ayualam

Medical Questionnaire 医療に関するご質問書

- | | Yes/はい | No/いいえ |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Heart Condition 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| High Blood Pressure 高血圧 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varicose Veins 不整脈 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma 喘息 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dry Skin 乾燥肌 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Athlete's Foot 水虫 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skin Infections アレルギー肌 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spinal Conditions 背髄 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other Back Pain 腰痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatism リウマチ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprain 捻挫 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Please specify any additional conditions. その他詳細をご記入ください

- | | Yes/はい | No/いいえ |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| I am pregnant 妊娠中 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

How many weeks? 現在何週目ですか? _____

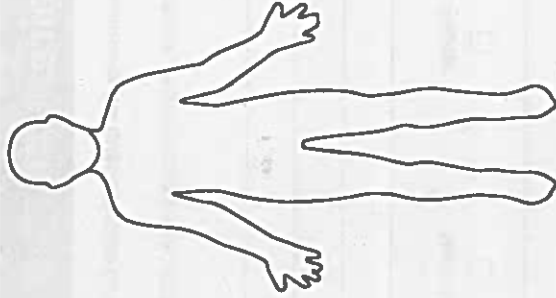
OFFICIAL USE

In @

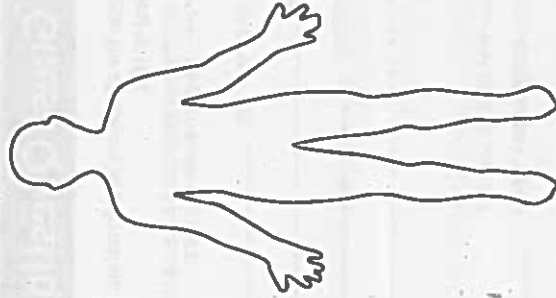
Out @

Please indicate area of surgery.
手術を受けたことがある箇所に印を付けてください。

Front/ 前側

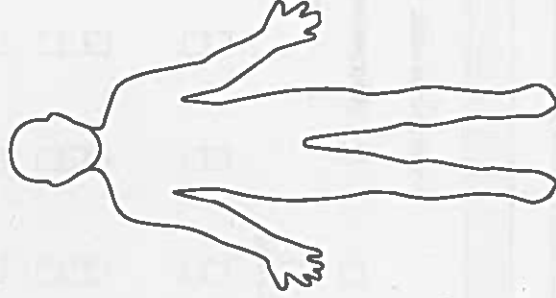


Back/ 後ろ側



Please indicate area not to be touched.
セラピストが触れてはいけない箇所に印を付けてください。

Front/ 前側



Back/ 後ろ側

