

チネイザン・コンサルテーション・フォーム Chi Nei Tsang Consultation Form

フリガナ 氏名： _____	生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所： _____	
電話番号： _____ - _____ - _____	Eメール： _____
チネイザンに関する連絡・ご案内 郵送 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 / Eメール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

今回チネイザンを何で知りましたか？ _____

チネイザンをお受けになる目的は何ですか？ _____

以下の項目のうち、該当するものに☑をおつけください。

❖ 肉体的状態
<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血行不良 <input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 首/肩のこわばり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 関節疾患 (_____)
<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> アレルギー (_____)
<input type="checkbox"/> 腎臓または肝臓の疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症
<input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> ホルモン治療中 (_____)
<input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 感染症
<input type="checkbox"/> 激しい腹痛 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
❖ 心理的状态
<input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 過剰なストレス <input type="checkbox"/> その他 (_____)
❖ 病歴・ケガ・妊娠などについてご記入下さい。
1. 現在治療中の病気 _____ (治療法： _____)
2. 過去にかかった病気及び手術歴 _____ (治療法： _____)
3. 現在服用中の薬・サプリメント _____
4. これまで経験した事故・ケガ・手術 _____
5. 妊娠中ですか？又は妊娠の可能性がありますか？ はい (_____ ヶ月) / いいえ
6. 身体の中に装着している人工物はありますか？ はい (_____) / いいえ

当フォームから得たお客様の個人情報は、最適なサービスを提供する目的のみ利用するものであり、ご承諾なしに一般社団法人日本チネイザン協会、タオゼン・ジャパン株式会社、もしくは担当プラクティショナー以外の第三者に開示・提供することはありません。個人情報の取り扱いに関しては詳細を別紙に記します。

私（お客様ご本人）は、チネイザンが何らかの治療、あるいは特定の効果を目的としたものではないことを理解し、施術を申し込みます。自己責任で施術を受けるものとし、明らかな過失によって身体的危害を被った場合を除き、施術によって生じる結果や損害に対して苦情等申し立てません。
また、禁忌事項（卵巣嚢腫、悪性腫瘍、腹部大動脈瘤、激しい腹痛）には現在該当いたしません。

signature ご署名： _____

Date 日付： 西暦	Y 年	M 月	D 日
----------------	--------	--------	--------

一般社団法人日本チネイザン協会／タオゼン・ジャパン株式会社
〒101-0064 東京都千代田区神田猿楽町 2-7-17 織本ビル 3階
<http://www.chineitsang.jp/>



一般社団法人日本チネイザン協会
公認チネイザン・プラクティショナー

TaoZen®