

# Spa by L'OCCITANE

こちらのカウンセリングフォームに差し支えない範囲で結構ですのでローマ字表記にてご記入お願い致します。  
セラピストがお客様の健康状態やご希望に沿ったトリートメントをご案内するために参考にさせていただきます。

お名前 : MR / MS

生年月日 :            年        月        日

Eメール :

お好みのマッサージの強さはどれくらいですか? Intensity     弱め light     普通 medium     強め frims

集中してマッサージをご希望の部分、凝りのある部分はございますか? concentrate area

首 neck                     肩 shoulder                     背中全体 total back                     腰 lower back  
 足裏 foot sole                     太もも thigh                     ふくらはぎ calf                     その他 others (                    )

現在のお客様の状態に該当するものにチェックをしてください。

アレルギーallergies (詳細                    )     高血圧 high pressure                     低血圧 low pressure  
 負傷 injury (詳細                    )     日焼けによる炎症 sunburn                     発熱 fever  
 閉所恐怖症 claustrophobia                     乾燥 psoriasis                     セルライト cellulite  
 妊娠 (        ヶ月) pregnancy                     生理 period                     授乳 breast feeding  
 更年期 menopause                     喘息 asthma                     その他 others (                    )

現在、通院中もしくは常用されているお薬はございますか?

Yes (内容 :                    )     No

最近手術を受けられましたか?

Yes (手術の種類 :                    )     No

3日以内にボディスクラブをされましたか? body scrub                     Yes     No

当スパにお越し頂いたきっかけは何ですか?

リラックス relax                     美容 beauty     ストレス解消 de-stress     気力復活 revitalize     体内浄化 purify  
 毒素排出 detoxify                     アンチエイジング anti-ageing     その他 revitalize (                    )

その他トリートメントの際にセラピストが留意することがございましたらお教えくださいませ。

(                    )

下記免責証書をご一読の上、承諾の場合はご署名をお願い致します。

私は自分の意志でクブクブジンバラン内のスパ by L' OCCITANEの施設、サービスを使用します。

私はここにいかなる行為、費用、苦情、損失に対してもスパ by L' OCCITANE、またその関連会社、役員、取締役、代理人従業員を法的に免責することに同意します。

私はここに、現在自分がスパ施設及びサービスを楽しむに十分な体調であることを宣言します。

私は本証書に記載された全事項を読み、その意味を十分理解すると共に、スパサービスまたは施設の利用に対して起こりうる全ての責任事項を上記記載の関係者に対して免責である旨を自らここに宣言致します。

お客様ご署名 : \_\_\_\_\_

For office's use only

Date:

Start Time:

Therapist:

Room:

Finish Time:

Menu: