

Feel Better Remedial Massage

개인 정보와 연락처

이름(한국어) 김시연 이름(영문) Seoyeon Kim 생년월일 2008. 01. 21.

휴대폰 번호 0432 315 626 비상 연락처 및 관계 _____

집 주소 5 Pasley St. Wihart 우편번호 4122

이메일 y-smile@hanmail.net 직업 학생

저희 클리닉을 어떻게 알게 되셨나요? 인터넷/지면 광고/간판/ 지인 소개 (소개자 이름 _____)

알레르기가 있으신가요? Y / N (N) 기타 _____

임신중이신가요? Y / (N) _____ (달) 예정일 _____

예전이나 현재 겪으시는 질병 / 현재 복용하시는 약 아토피 습진 / 여드름 약

해당되는 것에 체크해 주세요.

☐ 암 ☐ 두통/편두통 ☐ 관절염 ☐ 당뇨병 ☐ 사고 또는 부상

☐ 고혈압/저혈압 ☐ 섬유근육통 ☐ 불안 ☐ 간질 또는 발작 ☐ 골다공증

☐ 심장병 ☐ 무감각증 ☐ 염좌 또는 좌상 ☐ 천식 ☐ 신장 기능 장애

☒ 수술 ☐ 순환기계 문제 ☐ 뇌졸중 ☐ 혈전

위의 질문 중 하나라도 해당된다면 여기에 추가 정보를 적어 주세요

아토피 습진.

위의 사항에 해당되지 않으나 알아야 할 기타 사항을 적어 주세요. _____

마사지 치료 목표: Relaxing

치료 동의

나는 내가 아는 한 최선을 다해 나의 건강 및 병력에 관한 모든 관련 정보를 제공해야 하며 치료에 전적으로 동의합니다. 나는 이 동의가 향후 모든 치료에 적용되기를 원하며 내 병력에 발생할 수 있는 모든 변경 사항을 서비스 제공자에게 업데이트해야 함을 이해합니다. 본인은 최소 24시간 전에 통지하지 않을 경우 50%의 취소 수수료가 적용될 수 있음을 이해합니다.

☐ 치료에 동의합니다

동의함

☐ 예약 확인을 위한 문자(SMS) 및/또는 이메일 수신에 동의합니다. ☐ 문자 ☐ 이메일 ☐ 둘다

고객 이름: 김시연 서명: 2024. 01. 24 김시연

날짜: 24 / 01 / 24

Treatment consent

I have to the best of my knowledge, provided all relevant information about my health and medical history and I give my full consent to treatment. I intend this consent to apply to all future treatments and I understand that I must update my service provider with any changes that may occur in my medical history. I understand that a 50% cancellation fee may apply if I do not provide at least 24 hours notice.

☒ I consent to treatment

☒ I consent to receiving SMS and/or email for booking confirmation

Full Name _____

Signature _____ Date _____

If you are under the age of 18, your parent/guardian must also sign and date your new client form.

☒ Yes, I'm the parent/guardian.

Full Name Ahyoung Kim

Signature [Signature] Date 27.09.24