Feel Better Remedial Massage

[PREGNANCY FORM]

개인 정보와 연락처

이름(한국어) _____ 이름(영문) Sorim pilkington 생년월일 22/05/1991

휴대폰 번호 0413223267 비상 연락처 및 관계 0449288131 (남편)

집 주소 6 kylah CT, Yamanto 우편번호 4305

이메일 LSR0522@gmail.com 직업 x

임신주수 36 (주) 예정일 6.12.24

예전이나 현재 겪으시는 질병 / 현재 복용하시는 약 임신당뇨, 갑상선

건강 기록

해당되는 것에 체크해 주세요.

☐ 심장 질환 ☑ 당뇨병 ☐ 천식 ☐ 두통/편두통 ☐ 현기증

☐ 고혈압 ☐ 알레르기 ☐ 암 ☐ 관절 수술 ☐ 균형 상실 ☐ 정맥류

☐ 무감각증 ☐ 최근 사고/부상 ☐ 대상포진 ☐ 수면 장애 ☐ 혈전

☐ 우울증/불안 ☐ 전염병 ☐ 신장 질환 ☐ 목/척추 부상 ☐ 피부 질환

위의 질문 중 하나라도 해당된다면 여기에 추가 정보를 적어 주세요

임신성 당뇨

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

마사지 치료 목표: _____

이 문제에 대해 다른 의료 전문가와 상담한 적이 있습니까? 그렇다면 세부정보를 제공해 주세요.

_____

임신 웰빙

다음과 같은 조건이 있습니까?

☐ 질 출혈 및/또는 비정상적인 분비물 ☐ 발열 중독증/자간전증 ☐ 정맥류 ☑ 당뇨병

☐ 손, 다리 및/또는 얼굴의 과도한 부기 ☐ 지난 24시간 동안 태아 움직임 감소 ☐ 조산

☐ 설사/구토 ☐ 복통 또는 신체의 다른 부위에 나타나는 비정상적인 통증

* 위 사항 중 하나라도 체크하신 경우, 치료사는 귀하를 치료하기 위해 담당 의사의 승인이 필요할 수 있습니다. 위의 질문 중 하나라도 해당된다면 여기에 추가 정보를 적어 주세요

합병증이나 이상이 있으셨나요? 그렇다면 여기에 정보를 자세히 적어 주세요

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

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

고객 이름: Sorim pilkington 서명: S.

날짜: 13 / 11 / 24