

## Feel Better Remedial Massage

개인 정보와 연락처

이름(한국어) 백준서 이름(영문) EUN JU KIM 생년월일 76.10.23

휴대폰 번호 0403 385 668 비상 연락처 및 관계 Y

집 주소 39 Kenilworth Pl, Carindale 우편번호 4152

이메일 \_\_\_\_\_ 직업 student

알레르기가 있으신가요? Y / N 기타 \_\_\_\_\_

예전이나 현재 겪으시는 질병 / 현재 복용하시는 약 No

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 ☐ 임신

위의 사항에 해당되지 않으나 알아야 할 기타 사항을 적어 주세요. \_\_\_\_\_

마사지 치료 목표: \_\_\_\_\_

### 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: 백준서 서명: [Signature]

날짜: 22 / 11 / 25

## 치료 동의서 (Treatment Consent)

저는 제 건강 상태와 의학적 이력에 대해 알고 있는 한 모든 관련 정보를 정확하게 제공하였으며, 치료에 전적으로 동의합니다.

본 동의서는 향후 이루어질 모든 치료에 적용되기를 원하며, 제 건강 상태나 의학적 이력에 변경이 생길 경우 즉시 치료 제공자에게 알려야 함을 이해합니다.  
또한, 최소 24시간 전에 예약을 취소하지 않을 경우 50%의 취소 수수료가 부과될 수 있음을 인지하고 있습니다.

☒ 치료에 동의합니다

☒ 예약 확인을 위한 문자(SMS) 및/또는 이메일 수신에 동의합니다

성명: 백종서

서명: [Signature]

날짜: 22. 11. 25

※ 만 18세 미만인 경우, 보호자의 서명이 필요합니다:

☒ 저는 부모/법적 보호자입니다

보호자 성명: 김영희

서명: [Signature]

날짜: 22. 11. 25