

施術にあたってのアンケート及び同意書

1. ご氏名（読み方）：

2. 生年月日：

3. E-mail：

4. お電話番号：

5. ご住所：□□□- □□□□

エサレンマッサージを受けたことがありますか？： はい / いいえ

毎日の平均睡眠時間はどのくらいですか？： 時間くらい

最近ストレスを感じる人が多いですか？： はい / いいえ

特に体が疲れているところがありますか？：

痛いところ（巻き爪、傷跡など）又はくすぐったいところありますか？：

基本的に、メディテーションマッサージはロングストロークのため服も下着も脱いで受けるを勧めますが、シーツで体（胸元など）をカバーしながら行います。「ドレーピング」と言います。それについて、ご希望を教えてください。（複数回答可）

- しっかりしたドレーピング
- リラックスしたドレーピング
- ドレーピングなし

私はメディテーションマッサージが性的なサービス、または医療ではないことを理解しました。

年 月 日

ご署名： _____