

# フットケア問診票

No. 初診 年 月 日

フリガナ お名前	電話番号 ( )
生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	メールアドレス <small>※施術後ビフォーアフターの写真を送らせて頂くので、記入お願いします。</small>
職業 (勤務先)	
ご住所 □□□-□□□□	

大切な情報となりますので、下記の項目に良く目を通して、全ての項目を埋めてください。

来店動機 <input type="checkbox"/> インターネット (キーワード ) <input type="checkbox"/> youtube <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 情報誌【ショッパー・パド】 <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者名 様)	
現在痛みはありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	【気になる箇所を○で囲って下さい!】 
フットケアの経験はありますか? <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> フットケア専門店 <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> その他 ( )	
※あてはまる疾患等がございますか? <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 爪白癬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> イボ (疣) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 外反母趾 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> その他皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 肩コリ・頭痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 巻き爪	

《フットケア同意書》 私は、フットケアを受けるにあたり、下記項目を理解・同意した上で施術を受けます。

全てに☑を入れ、署名して頂いた方のみ施術を受けることができます。

当院の行うフットケアは医療行為ではありません。高い技術力で矯正していきますが、民間療法として施術しています。

化膿・炎症に対する処置は医療行為に当たるので致しません。その他、皮膚疾患等疑われる場合は施術をお断りする場合があります。

細心の注意を払い施術致しますが、患者様の皮膚の状態により場所によって痛みや厚さを感じる場合があります。

当院では、巻き爪や魚の目、タコなど足の問題で悩まれている患者様の為に良質な情報が届くように、インターネットおよび様々な媒体を通じて情報提供に力を入れております。患者様の足の状態が改善していく写真等をホームページやブログ等で使用することを同意します。

※患部のみ写真で、顔写真は掲載致しません。

署名 \_\_\_\_\_