

名前 (ローマ字) : _____

住所: _____

郵便番号: _____ 電話番号: _____

EMAIL: _____

ホテル: _____ 部屋番号: _____

免責事項

私はロイヤルカailaのセラピストに対して病気・疾病の診断を下さないこと、医療行為・調合薬の案内・背骨等の触診を行わないことを了承します。

担当セラピストに自分の健康状態を誠実に伝えます。

トリートメントを受けることによって病状を悪化させる場合があること、また治療目的のトリートメントではないことを理解します。

ロイヤルカailaでは所持品の紛失、忘れに関しましては一切責任を負いかねます。予めご了承ください。

トリートメント終了後には使用したローブ・スリッパ・タオルはロッカー一内にお戻し下さい。またシャンプー・ローション・ヘアードライヤー等のスパ備品に関しましても使用後必ず所定の位置にお戻し下さい。

上記備品に関しましてご返却が無き場合、所定の料金がお客様への請求となりますのでご了承ください。また、お忘れ物の無き様をお願いします。

私は上記記載の内容に関して理解すると共に、今後当マリOTTホテル及びロイヤルカailaへの賠償責任等の請求を一切行いませんことをここに署名いたします。

ご署名: _____ 日付: _____

SECTION A: マッサージ・フェイシャル・ボディトリートメントをお受けする方のみ以下の質問にお答えください。

- 今現在、妊娠中ですか? はい いいえ
今現在、何か月ですか? _____
- 今までにもしくは以前に癌を患っていますか? はい いいえ
 - 今現在、小康状態ですか? はい いいえ
 - 今現在、放射線治療もしくはキモセラピーを受けていますか?
はい いいえ
 - はいと答えられた方は、マッサージを受けてもいいと主治医の許可を得られていますでしょうか はい いいえ
- 以下に当てはまるものを丸で囲んでください。
-膝・臀部の手術 -血圧状態: 低い 高い
-水虫 -いぼ
-心臓病、または関連する疾病 -腫瘍
- 化粧品もしくは合成物質にアレルギーはありますか?
ある場合は以下にご記入ください:

SECTION B: フェイシャルをお受けする方のみお答えください。施術中はアクセサリ・コンタクトレンズをお取りください。

- 定期的な投薬中ですか?(日時が定められたもの) はい いいえ
- レチノール・プロアクティブを使用中ですか? はい いいえ
その場合は以下に商品名をご記入ください:

- 今現在もしくは過去にペースメーカーを使用、心臓病関連の疾病、てんかんがありますか? その場合はご記入ください:

また施術中はすべてのアクセサリをお取りください。
ご協力を頂きましてありがとうございます。