

お客様にとって最適なアドバイス、ご提案をさせて頂く為に差し支えなければご記入お願い致します。

ご記入して頂いた個人情報は HOCA の施術・レッスン以外には使用しません。ご本人の同意がなければ第三者に個人情報を提供することもございません。カウンセリングシートにご記入を以て、一般社団法人HOCA 温熱事業部規約・免責にご同意頂いたものとします。

ご記入日 年 月 日

お名前 様

生年月日 年 月 日 (任意)

ご住所

お電話番号

LINE (有 ・ 無)

婚歴 既婚・未婚 お子様 いる・いない (任意)

ご来店のきっかけ ホームページ/Facebook/Instagram/ブログ/その他
ご紹介 (様)

ご来店の目的

1. 冷え 2. 腰痛 3. 肩こり 4. むくみ 5. 便秘
6. 生理痛.生理不順 7. 疲労回復 8. フェイシャル
9. ガンのケア 10. メンタル 11. その他 ()

治療中の病名 なし ・ あり (病名)

服用している薬 なし ・ あり
★ 処方薬 ピル・ホルモン剤・抗生物質・睡眠薬・その他

★市販薬 頭痛薬・ビタミン剤・便秘薬・ その他

接骨院や鍼灸の経験など なし ・ あり
いつ頃から 期間

自分が冷えていると思うのはどんな時ですか？

毎日 日中 睡眠時 お風呂上り

ご協力ありがとうございました。

一般社団法人HOCA

温熱インストラクター 担当名 ()