

フリガナ			
ご氏名	様	生年月日 西暦	年 月 日
ご住所	〒		
お電話番号			
ご職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 主婦(専業) <input type="checkbox"/> 主婦(有職) <input type="checkbox"/> フリーター <input type="checkbox"/> その他( )		

**ご利用の目的**

ダイエット     疲労回復     体質改善     健康増進     怪我の回復     美肌     病気療養  
 リハビリテーション     二日酔い解消・防     アンチエイジング(若返り)     その他( )

**お困りの症状**

頭痛     肩こり     腰痛     膝の痛み     関節痛     背中の痛み     筋肉痛     生理痛  
 不眠     目の疲れ     冷え性     肌荒れ     疲労感     ストレス     その他( )

**日常的な喫煙・飲酒の有無**

喫煙：  しない     する      飲酒：  しない     する

**現在、治療中の病気はございますか？**

いいえ     はい (病名: )

**高気圧カプセルのご利用経験はございますか？**

初めて     経験あり ⇒  他の店舗で

**これまでの水素関連商品の体験の有無**

水素水     水素吸引     水素風呂     水素サウナ     水素点滴

**【水素浴カプセルご利用にあたっての注意】 ※以下の症状に当てはまる方は✓をいれてください**

<input type="checkbox"/> 耳抜きが苦手な方、出来ない方	<input type="checkbox"/> 現在病気を患っている方
<input type="checkbox"/> 以前に耳や鼻の病気の手術、治療をされた方	<input type="checkbox"/> 妊娠中の方
<input type="checkbox"/> 風邪やアレルギーなどで鼻が詰まっている方	<input type="checkbox"/> ペースメーカーをご利用されている方
<input type="checkbox"/> 開胸手術及び自然気胸の既往症がある方	<input type="checkbox"/> 狭い場所や暗い場所が苦手な方
<input type="checkbox"/> 糖尿病治療のため、インシュリンを使用中的の方	<input type="checkbox"/> 発作性の持病がある方

**【免責事項】**

私どもが提供するサービスは、健康増進を目的としており人体に悪影響を与えることはございません。  
 サービスには万全を期しておりますが、サービスの提供後、万が一お客様に不都合が生じた場合、  
 当社はその責任を一切負うことは出来かねます。上記のことを確認の上、ご署名をお願い致します。

ご記入頂いた個人情報は厳重なる取扱いをさせていただきます。  
 また、サービス情報等のご案内をさせていただく場合がございます。

上記について確認いたしました

お客様のご署名

年 月 日

