



تاریخ مراجعه:

فرم پذیرش ماساژ

نام و نام خانوادگی مراجعه کننده:

تاریخ تولد: / / جنسیت: مرد زن نوع فعالیت بدنی یا رشته ورزشی:

آدرس محل زندگی:

تلفن منزل: تلفن محل کار: تلفن همراه:

شماره تماس اضطراری: علت مراجعه:

آیا پیش از این ماساژ دریافت کرده اید؟ بله خیر

آیا پیش از این ماساژ درمانی دریافت کرده اید؟ بله (محل انجام ماساژ:) خیر

لیست فعالیت یا ورزش هایی که شما در آن شرکت می کنید؟

اطلاعات پزشکی

هر یک از موارد زیر را در صورت مثبت بودن "بله" و در غیر اینصورت "خیر" را انتخاب نمایید.

بله خیر حاملگی

بله خیر دیابت: نوع

بله خیر ضربه مغزی

بله خیر مشکلات دیسک یا ستون فقرات

بله خیر کوفتگی یا کبود شدگی

بله خیر مشکلات قلبی: مشخصه

بله خیر سرطان: مشخصه

بله خیر آلرژی: مشخصه

بله خیر التهاب مفصلی (آرتریت): مشخصه

بله خیر فشار خون

بله خیر وریدهای واریسی

بله خیر سردرد

بله خیر اختلالات تشکیل لخته خون

بله خیر پوکی استخوان

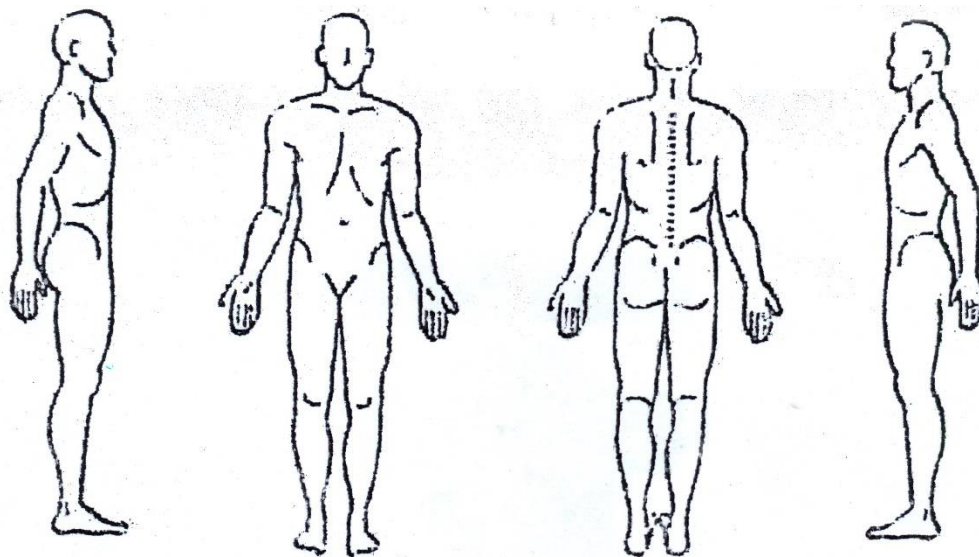
آیا در حال حاضر تحت درمان پزشکی هستید؟ بله خیر

نام پزشک: تخصص پزشک: تلفن پزشک:

تشخیص پزشک: تاریخ تشخیص:

نوع و مدت زمان داروی مصرفی:

لطفا نواحی اصلی ناراحتی خود را با زدن علامت X بر روی تصاویر مشخص کنید.



آیا ناراحتی بخصوصی دارید؟ (درد، کمر ختی، احساس سوزن سوزن شدن یا محدودیت حرکتی) بله خیر

در صورت مثبت بودن مورد بالا نقاط آن را نام ببرید.

ناراحتی شما چه زمانی شروع شده است؟

سطح ناراحتی که دارید چقدر است؟ شدید متوسط ضعیف

آیا درد دارید؟ بله خیر اگر بله، در کجا درد دارید؟

آیا با لمس کردن احساس درد دارید؟ بله خیر اگر بله، در کجا درد دارید؟

آیا در استراحت درد دارید؟ بله خیر اگر بله، در کجا درد دارید؟

ترجیح می‌دهید ماساژ را با چه میزان فشار و در چه مدت زمان و در چه نواحی از بدن دریافت کنید؟

اینجانب با صحت و صداقت فرم حاضر را تکمیل نموده و تایید می‌نمایم که تراپیست و ماسور هیچگونه مسئولیتی در قبال صدمه یا دیگر علل ناشی از درمان ندارند و موافقت کامل خود را جهت دریافت ماساژ اعلام می‌نمایم.

نام و امضاء متقاضی