



.....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: علت مراجعه:
 شماره تماس اضطراری: 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

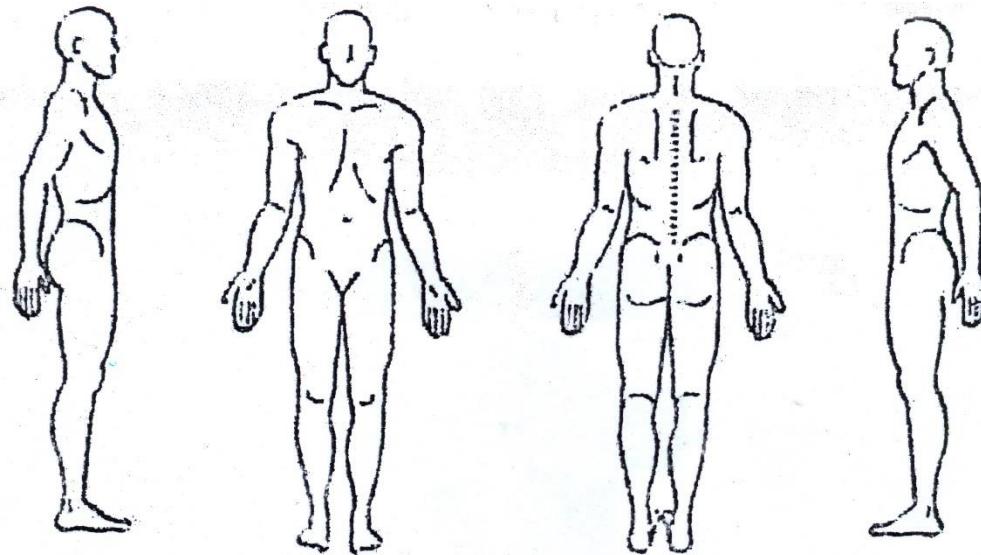
هر یک از موارد زیر را در صورت مثبت بودن "بله" و در غیر اینصورت "خیر" را انتخاب نمایید.

بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	حاملگی
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	دیابت: نوع
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	ضربه مغزی
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	مشکلات دیسک یا ستون فقرات
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	کوفتنگی یا کبود شدگی
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	مشکلات قلبی: مشخصه
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	سرطان: مشخصه
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	آلرژی: مشخصه
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	التهاب مفصلی (آرتیت): مشخصه
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	فشار خون
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	وریدهای واریسی
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	سردرد
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	اختلالات تشکیل لخته خون
بله <input type="radio"/>	خیر <input checked="" type="radio"/>	پوکی استخوان

آیا در حال حاضر تحت درمان پزشکی هستید؟ بله خیر

نام پزشک: تخصص پزشک: تلفن پزشک:
 تاریخ تشخیص: تشخیص پزشک: نوع و مدت زمان داروی مصرفی:

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



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

.....در صورت مثبت بودن مورد بالا نقاط آن را نام ببرید.....
ناراحتی شما چه زمانی شروع شده است؟

.....سطح ناراحتی که دارید چقدر است؟ ضعیف متوسط شدید

.....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؟

اینچنانب با صحبت و صداقت فرم حاضر را تکمیل نموده و تایید می نمایم 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 می نمایم.

.....نام و امضاء متقاضی