

酸素カプセルご利用にあたり

あんずクリニック

(フリガナ)

お名前 _____ 性別 男 女 年齢 ()歳

- ① 職業(_____) 学生 小学生 中学生 高校生 大学生・専門学校
- ② スポーツ・運動習慣はありますか？ 有 無 内容(_____)
頻度 毎日 週に数回 月に数回 その他(_____)
- ③ あんずクリニック来院のきっかけは？
ホームページ 知り合いの紹介 近所だから その他(_____)
- ④ 酸素カプセルを以前ご利用したことはありますか？
はい いいえ
- ⑤ 酸素カプセルに期待される効果にチェックしてください。
- 疲労回復
 - 怪我の回復(骨折・捻挫など)
 - 美肌効果 美容効果
 - 冷え むくみ 肩こりの解消
 - ダイエット
 - 二日酔い
 - 老化予防(アンチエイジング)
 - その他
- ⑥ 以下にあてはまる方は下にチェックしてください。(原則酸素カプセルはご利用いただけません。)
- 妊娠中もしくは妊娠の可能性がある
 - ペースメーカー挿入中である
 - 糖尿病がありインスリンの治療を行っている
 - 耳鼻科領域の病気で現在治療中である
 - 閉所恐怖症
 - パニック障害
 - 風邪や花粉症などで鼻づまりがひどい方
- ⑦ ご希望されるコースにチェックしてください。
- 30分コース
 - 45分コース
 - 60分コース

問診票ご記入ありがとうございました。酸素カプセルを今後ともぜひご利用ください！