

ふりがな

氏名： 代理人氏名：
生年月日： 年 月 日生 性別： 男 ・ 女
ご連絡先メールアドレス：

ご相談頂く内容をチェックしてください。(一つだけ)

- 筋力低下予防 柔軟性の獲得 筋力向上 テーピングの巻き方
スポーツ時のパフォーマンス ダイエット 体型のコンプレックス

記載できる範囲で内容を具体的にご記載してください。

()

ご相談頂く内容について今まで何か取り組んできたことはありますか？

はい・いいえ

はいと答えた方は、どのようなことをしてきたのかをご記載してください。

()

ご相談頂く内容について、過去に取り組んで失敗したことはありますか？

はい・いいえ・初めて取り組む

はいと答えた方は、結果どうなったのかをご記載してください。

()

はいと答えた方は、失敗した理由があればご記載してください。

()

今回相談に至った理由をチェックして下さい。(一つだけ)

- 無料だから たまたま目に留まった 医療従事者による話を聞けるから
その他 ()

無料相談ご希望日時をご記載ください(平日火曜日～金曜日 15時30分～16時30分の間)

月 日(曜日) 時 分～

同意欄

「医療法人社団 篠路整形外科」及び対応したスタッフに対し、提案された運動等を行ったことによる怪我・事故等による責任は、一切問わないものとします。

氏名

令和 年 月 日