

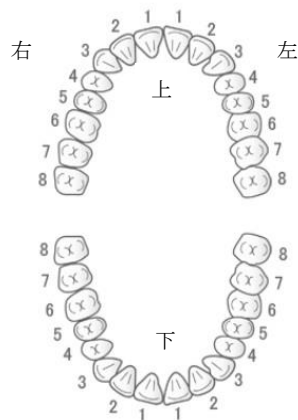
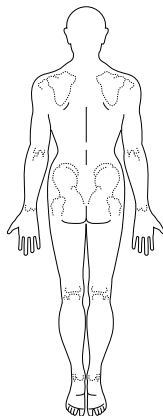
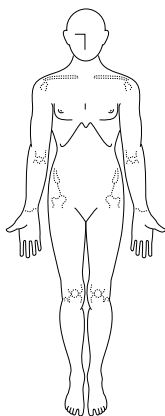
8. 問診票（当日に受付で配布。事前印刷・記入不要）

表面

CS60 施術体験会 受付表			
年 月 日			
「CS60」の施術を受けることを承諾致します。			
ふりがな		生年月日	男 女 年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
電話番号		紹介者	
メール			
<p>本日施術を撮影させていただきます。顔を撮影する場合がございます。</p> <p>撮影を御同意できない場合は胸にシールを貼りまして、編集させていただきますので、以下の何れかをチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する</p> <p><input type="checkbox"/> 同意しない</p> <p>施術体験後のご感想・ご意見などありましたら、ご記入下さい。</p>			
感想記入欄	施術者名		
	施術内容記入欄（施術者が記入）		

裏面

身体の症状、歯の症状や過去の治療歴について、ご記入下さい。



身体部位	身体の症状

歯の部位	歯の症状・過去の治療歴

歯の矯正歴がある (チェックをお願いします)

■初めて施術を受ける方

- ・CS60 の施術は問題のある部位に痛みが生じることがあります (痛み部分が青くなる事があります)。
- ・CS60 の施術中に痛みが出た場合は、必ず、施術者に対して、「痛い」とお伝えください。
- ・施術に関する連絡確認事項

施術後、翌日に痛みが出たり痛かった箇所が青色や黄緑色に変色することがあります。
これは深い位置の細胞が活性化して老廃物を皮膚表面に押し出している良い結果です。

■個人情報の取扱いに関する同意書

株式会社日本イノベーションは、個人情報を以下の目的のために利用します。なお、提供された個人情報を適切に管理し、以下の目的以外には利用しません。

- (1) 当社のサービス提供
- (2) お問い合わせの対応

CS60 の施術を受けること及び個人情報を上記の通り取り扱うことに同意します。

署名 (フルネーム)・年月日 / /
