

# 酸素カプセル カウンセリングシート

<当施設で酸素カプセルをお受け頂くにあたり、下記を漏れなくご記入ください。>

フリガナ	
名前	アドレス @

ご紹介（ご紹介者お名前： 様） チラシ ・ 看板

## ☑チェック ●次のいずれかに当てはまる方は酸素カプセルのご利用は出来ません

- 体調不良の方
- 気圧の変化に弱い方（耳抜きが出来ない方）
- アレルギーや風邪で鼻が完全に詰まっている方
- ペースメーカーを入れている方
- 糖尿病でインシュリンを投与中の方
- 病院に通院の方は、医師と相談してください。
- 妊娠されている方
- 飲酒されている方
- ・ 特定の政治・宗教活動を目的とした利用
- ・ 周辺施設に迷惑になる騒音行為、法律で禁じられている行為
- ・ 施設側で定めた最大使用可能人数を上回る人数での施設使用
- ・ 施設内外の禁煙指定場所での喫煙
- ・ 暴力団、暴力団員、暴力団関係者その他反社会的な勢力の利益になる行為

## ～お手数ですが、次の項目の該当する箇所へチェックして下さい～

ご職業	会社員 ・ 自営業 ・ 主婦 ・ 学生 ・ アルバイト ・ その他：
生活習慣 について	デスクワーク ・ 長時間PC使用 ・ 立ち仕事 ・ 肉体労働 ・ 不規則勤務 ・ 運動不足 睡眠不足 ・ 喫煙 ・ 飲酒 ・ ダイエット中 ・ その他：
利用の目的	美容 ・ ダイエット ・ 体質改善 ・ 健康維持 ・ リラクゼーション ・ 疲労改善 ・ その他
1、酸素カプセルをご利用したことはありますか？	①初めて ② 回目 ③他社製品（類似商品にて） 他 回
2、今までマッサージなどに通ったことがありますか？	①ある ②ない
3、スポーツは何かされていますか？	YESの方のみお答え下さい スポーツ名：

### お客様情報の保護

・当施設はお客様の同意が無い限り、個人情報を第三者に提供・開示いたしません。ただし、法令に基づく場合その他個人情報保護に関する法律に定める場合はこの限りでないものとします。

・お客様から頂いた個人情報は、当施設からのご案内・その他ご連絡で個別に通知する他、必要かつ適切な監督のもと、データ処理などの為、関係会社間で共同利用することがあります。

当施設で酸素カプセルを受けるにあたって、上記の申告内容に間違いございません。  
私は酸素カプセルの利用の注意事項を理解した上で、酸素カプセルを受けることに同意します。  
上記の酸素カプセルがご利用できない人が利用した場合、万が一の責任は負いかねます。

お客様のサイン \_\_\_\_\_ 年 月 日

### 以下、運営側記入欄

- ご利用日時 : 年 月 日 開始 : ~ 終了 :
- ご利用者 (ID) : ( )
- タイプ : [ カプセル ・ ボックス ] ●料金 円
- 会員種類 :
- 同伴者 (紹介者) :
- 備考 :