イーキュアレーション

《チェックシート》

小	中	大

コリチェック結果

下記の内容に当てはまる□に全て✓を入れて下さい。

- □ 目が痛い・疲れやすい。
- □ 目がスッキリしない。
- □ クマ・たるみが気になる。
- □ 目が充血しやすい。
- □ 瞼が痙攣する。
- □ 視力が低下した。
- □ 目が小さくなった。
- □ コンタクトをしている。
- □ 夕方になると、字が見えにくい。
- □ 知らぬ間に顔をしかめてしまう。
- □ 偏頭痛がある。
- □ 睡眠の質が悪い。(7 時間以下・寝つきが悪い)
- □ 就寝前に、スマホやパソコンをしている。
- □ 1 日に 4 時間以上スマホやパソコンをしている。
- □ 目が乾きやすくなった。

《注意事項》 下記の内容を理解して頂ければ、□に全て✓を入れて下さい。

□心臓にペースメーカーを入れている方は、施術を受けられません。

□心臓の弱い方や心臓に病気のある方、脳出血直後の方・てんかんの方は施術を受けられません。

□上記の他、気になるご病気をお持ちの方は申し出てください。

□妊婦の方は施術を受けられません。

□身体にボルトを入れている方、歯にインプラントを入れている方は申し出てください。

□肌アレルギー・金属アレルギーの方は申し出てください。

□重度の貧血の方は申し出てください。

□飲酒後、2 時間経過していない方はご遠慮ください。

□本日、体調が悪い方はご遠慮ください。

□実際に弱い電気を当ててみて、電気アレルギーがあった場合受けられない可能性があります。

□揉み返しはありませんが、筋肉痛になる場合があります。

□全ての項目を理解し、了承します。

＊その他、ご要望があればご記入下さい。

記入日　　年　　月　　日

フリガナ
氏名　　男・女　（　　歳）

TEL