

timetospa

STAFF #: _____
 客室番号: 9060
 名: KEIKO Last Name: TANAKA
 船名: DISNEY DREAM Vessel Name: _____
 スパを受ける日: 27 SEP 2016 Date of Service: _____
 スパの種類: SWEDISH MASSAGE Type of Service: _____
 職業: OFFICE WORKER (会社員) Occupation: _____

1~10で現すほどの程度ストレスを感じていますか?
 Rate your level of stress on a scale of 1-10 (10 being highest): 8

ストレスが原因で引き起こされているトラブルはありますか?
 Does your stress affect you negatively in any of the following ways?

消化器系 Digestion Yes (No)
 肌のトラブル Skin Yes (No)
 筋肉の張り Muscle Tension Yes (No)
 睡眠 Sleep Yes (No)

ストレス対策を普段から何か行っていますか?
 Are you currently doing anything to relieve your stress? Yes (No)

普段どのくらいの時間寝ていますか?
 How many hours sleep do you have on average? 6

自覚症状があればチェックしてください。
 Please check all conditions which apply to you:

体 BODY: ☐ Lethargy 疲労感
☐ Dry Skin 乾燥肌
☐ Cellulite 肌のぶつぶつ
☐ Excess Weight 体重超過
☐ Muscle Aches / Pains 筋肉痛
☐ Fluid Retention むくみ
☐ Poor Circulation 血液循環の悪さ
☒ Aches/Pains* 痛み (右の欄に詳細をご記入ください。)
 顔 FACE: ☐ Dryness or Oiliness 乾燥肌 または テカリ肌
☐ Sensitivity 敏感肌
☐ Dark Circles 目の隈
☐ Fine Lines/Wrinkles しわ
☐ Acne/Breakouts ニキビ
☐ Sun Damage / Pigmentation 日焼けによるダメージ
☐ Other: _____

痛みに関する質問 (体に痛みを持っているゲストのみ)
PAIN SPECIFIC QUESTIONS:

(Only for guests with areas of pain in the body)
 どの部分が痛みますか (すべてをご記入ください。)
 Where is your pain? (Please note all areas)

例) LOW BACK (腰)

それは筋肉または関節の痛みですか?
 Is it muscular or joint pain?

その他、施術師に痛みのことで伝えておきたい事項
 Is there a specific request you have with regards to the area of pain?

In order to properly perform your service(s) and avoid possible contraindications, please list all health issues, including surgeries, conditions, allergies, and treatment plans either diagnosed or prescribed within the last three years. In addition, please list all medications you are currently taking.

適切なマッサージなどの施術を行う為、過去3年以内に受けた手術や、治療についてご記入ください。また、アレルギーをお持ちの方、薬を常用されている方は

すべての薬の種類をここに記入ください。

次の事項について承諾のうえ申し込みます。私はシュタイントランスオーシャン社によって提供される設備やサービスがリスクを伴うことを理解しています。私は現在の健康状態に関する関連情報を全て提供しています。私は自分の意志でスパサービスを申し込んでいますので、シュタイン トランスオーシャン社、その子会社、従業員、取締役、役員、代理店等とのスパサービスに関する依頼は私の責任によるものと理解しています。但し、盗難や施術による怪我、シュタイントランスオーシャン社による重大な故意や過失、不法行為があった場合はその限りではありません。

The undersigned, understands, acknowledges and agrees that: (i) I am aware that the facilities and services offered by Steiner Transocean Ltd. involve risks: (ii) I have provided above all the relevant information regarding my current health status: (iii) I am seeking the spa services at my own free will; and (iv) I assume all risks associated therewith. On behalf of myself and my heirs I hereby release and discharge Steiner Transocean Ltd. (the "Owner") and all of their affiliates, subsidiaries, employees, directors, officers, agents, landlords, representatives, successors and assigns of the Owner from any and all claims or causes of actions arising out of or relating to spa services, including but not limited to, those resulting from bodily injury, theft, loss of, or damage to, property of mine unless due to the gross negligence or willful misconduct of Steiner Transocean Ltd., their owner or employees.

Name (print): KEIKO TANAKA ご署名: 田中恵子

I, (please initial) K T further, fully understand, acknowledge and agree all spa, salon and fitness services are provided exclusively as a convenience to me by Steiner Transocean Ltd. and I accept the service(s) at my own risk and expense without liability or responsibility to the cruise line, the vessel or their affiliates.

私は全てのスパ、サロン、フィットネスサービスはシュタイントランスオーシャン社から便宜としてのみ提供されることに同意し、船会社、関連会社に関係なく私の責任においてリスクを理解し、サービスを受けることに同意します。(イニシャル記入)