



**MAYA**  
**CONSULTATION CARD**

Client's Name : (Mr,Mrs,Miss,Ms) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Tel:(home) \_\_\_\_\_ (mobile) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Children: \_\_\_\_\_

Personal Characteristics: \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Job Condition: \_\_\_\_\_

I have agreed to be a case study for .....

A student Practitioner in .....

- I have undertaken a full consultation and completed the lifestyle questionnaire prior to treatment, which is complete and to the best of my knowledge.

ข้าพเจ้าได้รับการวิเคราะห์ห้อย่างเต็มรูปแบบและตอบคำถามเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันก่อนหน้าที่จะเข้ามา  
รับการบริการทรีทเม้นท์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ต้องที่สุด

- I have obtained medical consent from my G.P. to have this treatment.

ข้าพเจ้าได้รับการยินยอมจากนายแพทย์เพื่อที่จะรับการบริการนี้

- I have not obtained medical consent from my G.P. to have this treatment.

ข้าพเจ้าไม่ได้รับการยินยอมจากนายแพทย์เพื่อที่จะรับการบริการนี้

- I agreed to notify the Practitioner of any change in my medical condition.

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้ผู้ให้บริการทราบในการเปลี่ยนแปลงประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า

- I have had the therapist explained to me.

ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงจากผู้ให้บริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

I hereby confirm that all the content in these documents are true and correct.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดถูกต้องและเป็นความจริง

Client's Signature.....Date.....

- Have you been referred for treatment?

**Medical History**

Doctors permission required

Yes No

Do you take medication and what for? \_\_\_\_\_

**Physical Problems:**

- Liver\_\_\_\_\_       Heart\_\_\_\_\_       Lung\_\_\_\_\_
- Kidneys\_\_\_\_\_       Spleen\_\_\_\_\_       Pancreas\_\_\_\_\_
- Intestine\_\_\_\_\_       Stomach\_\_\_\_\_       Bladder\_\_\_\_\_
- Gall Bladder\_\_\_\_\_       Urogenital\_\_\_\_\_       Immune\_\_\_\_\_
- Diabetes\_\_\_\_\_       Hernia\_\_\_\_\_       Ulcers\_\_\_\_\_
- Lymph\_\_\_\_\_       Teeth\_\_\_\_\_       Other\_\_\_\_\_

**Women:** Check for IUD or everything else\_\_\_\_\_ Are you pregnant? Yes No

Do you have any of the following?

*Please circle Additional information*

- ❖ Surgeries & Hospitalization      NO YES\_\_\_\_\_
- ❖ Accidents      NO YES\_\_\_\_\_
- ❖ Cancer      NO YES\_\_\_\_\_
- ❖ Stroke      NO YES\_\_\_\_\_
- ❖ Under Psychiatric Care      NO YES\_\_\_\_\_
- ❖ Any other (please specify)\_\_\_\_\_

**Lifestyle Check**

Job Conditions: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_

Do you smoke?      **YES**      **NO**      If yes, how many a day?\_\_\_\_\_

What is your fluid intake per day? \_\_\_\_\_

Coffee	Tea	Water	Carbonated	Juice

Do you drink alcohol?      **YES**      **NO**      if yes how many units a day? \_\_\_\_\_

Do you sleep well/restless/poorly? \_\_\_\_\_

How often do you exercise? \_\_\_\_\_

What types of exercise do you undertake? \_\_\_\_\_

Do you suffer with depression/nervous/stress? \_\_\_\_\_

Are you receiving any other therapies or treatment at the moment? \_\_\_\_\_

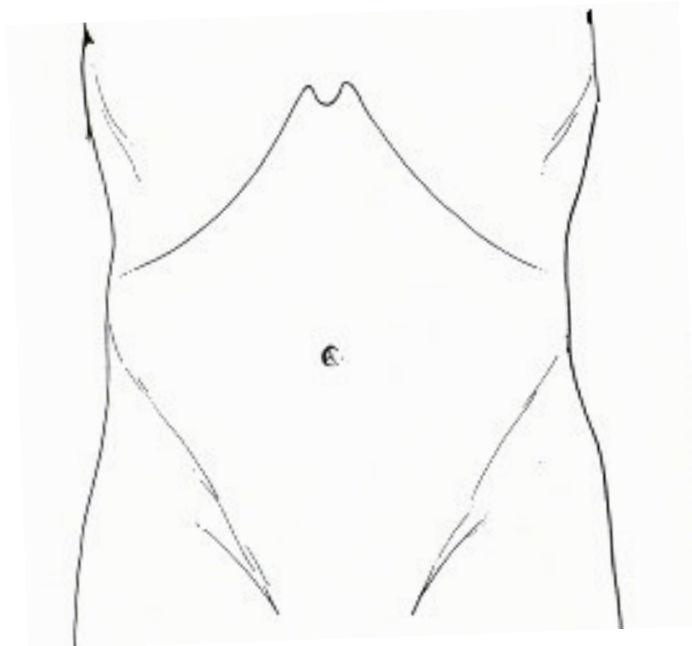
Do you have a specialized diet? \_\_\_\_\_

How would you describe your diet healthy/balanced/poor? \_\_\_\_\_

Type of Daily Food intake: \_\_\_\_\_

**MAYA**  
**CONSULTATION CARD**

**Abdominal diagram**



**SESSION NO.** \_\_\_\_\_ **DURATION** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**TECHNIQUES APPLIED**

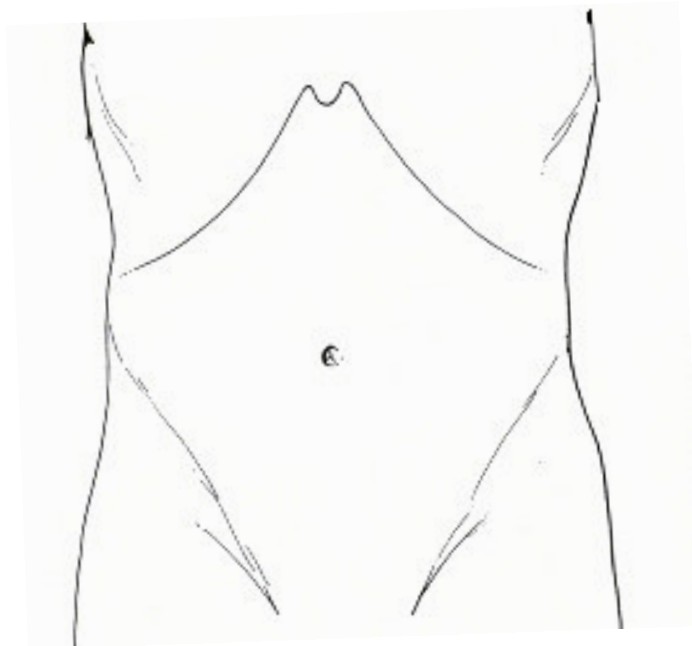
**FUTURE TREATMENT**

**RECOMMENDATIONS**

**RESPONSE FROM CLIENT**

**MAYA**  
**CONSULTATION CARD**

**Abdominal diagram**



**SESSION NO.** \_\_\_\_\_ **DURATION** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**TECHNIQUES APPLIED**

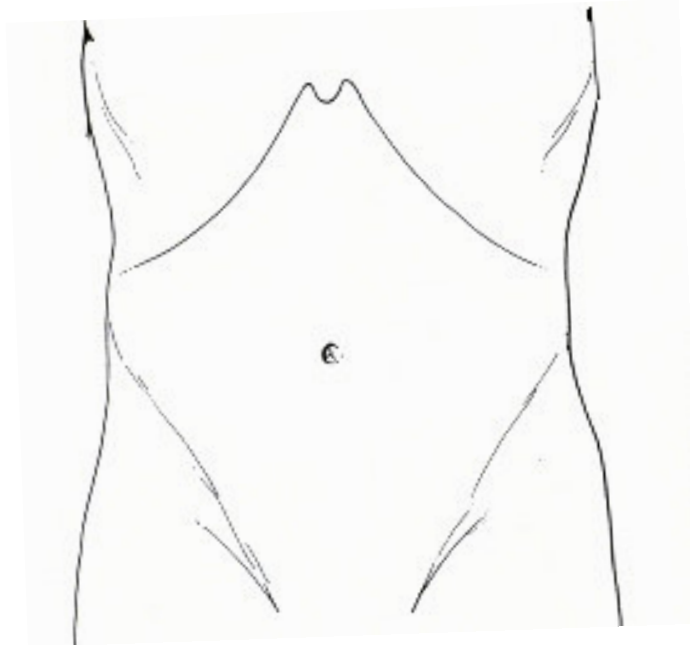
**FUTURE TREATMENT**

**RECOMMENDATIONS**

**RESPONSE FROM CLIENT**

**MAYA**  
**CONSULTATION CARD**

**Abdominal diagram**



**SESSION NO.** \_\_\_\_\_ **DURATION** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**TECHNIQUES APPLIED**

**FUTURE TREATMENT**

**RECOMMENDATIONS**

**RESPONSE FROM CLIENT**



## **CONCLUSION**