

オーダー用紙

平成 年 月 日

〔お客様情報〕

お名前 _____ 年齢 _____ 才 性別 男・女

ご住所 〒 _____

連絡先 E-mail _____

電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

足長 _____ cm (白い紙の上に立ち爪先と踵部分に印をつけ、その距離をお計り下さい。)

足囲 _____ cm (足の爪先より 3/1 の所で、巻尺などで周囲経をお計り下さい。)

靴のサイズ _____ cm (現在お履きの靴のサイズを記入してください。)

以下の項目で当てはまるもの全てにチェックして下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 右の脚が短い | <input type="checkbox"/> 左の脚が短い |
| <input type="checkbox"/> O脚である | <input type="checkbox"/> X脚である |
| <input type="checkbox"/> 足首が硬い (つまづきやすい) | <input type="checkbox"/> 爪先の関節が硬い |
| <input type="checkbox"/> 右膝の内側が変形している | <input type="checkbox"/> 左膝の内側が変形している |
| <input type="checkbox"/> 右の股関節の位置がズレている | <input type="checkbox"/> 左の股関節の位置がズレている |
| <input type="checkbox"/> 右の肩が下がっている | <input type="checkbox"/> 左の肩が下がっている |
| <input type="checkbox"/> 歩くと身体が左に傾く | <input type="checkbox"/> 歩くと身体が右に傾く |
| <input type="checkbox"/> 歩くときに右腕が振れていない | <input type="checkbox"/> 歩くときに左腕が振れていない |
| <input type="checkbox"/> 右足が扁平足である | <input type="checkbox"/> 左脚が扁平足である |
| <input type="checkbox"/> 右足の裏にタコがある | <input type="checkbox"/> 左足の裏にタコがある |
| <input type="checkbox"/> 捻挫ぐせがある | <input type="checkbox"/> 有痛性外脛骨と診断を受けた |

その他、お悩みがありましたらご記入下さい。

(有)フットリフォーム

TEL0120-491-210 / FAX 072-221-0223