

## Q<sup>3</sup> 身心動力瘦身療程參加表格

姓名：\_\_\_\_\_ (英文) (中文) \_\_\_\_\_

性別：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 職業：\_\_\_\_\_

電郵：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

身高：\_\_\_\_\_ 現時體重：\_\_\_\_\_

最近兩年內，您最重：\_\_\_\_\_ (磅) 最輕：\_\_\_\_\_ (磅)

您有否運動習慣？ 有  否  若有，是 \_\_\_\_\_ 平均每星期約 \_\_\_\_\_ 次

個人嗜好 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

您最近兩年有否嘗試過以下其中一項或多過一項的減肥方法？

中醫中藥  西醫西藥  自我節食  減肥產品  其他

纖體中心 ，那一間 \_\_\_\_\_ 效果 \_\_\_\_\_ 需時 \_\_\_\_\_ 費用 \_\_\_\_\_

您在進行減肥療程期間，身體有否出現過任何不適狀況？

有  否  若有，\_\_\_\_\_

您嘗試過多少次減肥失敗的經驗？ 1至3次  4至6次  7次或以上

您期望的體重：\_\_\_\_\_ 磅

您最希望身體那個部位可以更纖瘦、更滿意？

面部  手臂  胃脘  腰部  肚臍  臀部  大腿  小腿  背部

其他 \_\_\_\_\_

您家人是否支持您瘦身？ 支持  不支持

成功瘦身後，您會立即去做的事是，\_\_\_\_\_