

《コピーしてご利用下さい》

《健康保険適用》

# 無料体験マッサージ申し込み書

平成 年 月 日

貴事業所名

ご住所

TEL

FAX

ご担当者名

《ご紹介のご利用者様》

要支援 ( ) 要介護 ( )

フリガナ

お名前

様 男・女

障害 ( )

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日

年齢

歳

ご住所

TEL

ご家族TEL  
緊急連絡先

《疾患名》 (該当の症状に○をお願いいたします)

主となる疾患名

発病年月日

不詳

かかりつけの病院

主治医名

脳血管障害 パーキンソン病 変形性関節症 脊髄損傷 リウマチ 高血圧 糖尿病

腰椎・頸椎椎間板ヘルニア 変形性頸椎症 大腿骨頸部骨折 脊柱管狭窄症 ALS

その他…

《症状について》 (該当の症状に○をお願いいたします)

脳血管障害などによる麻痺

右

左

関節拘縮

筋萎縮

浮腫

疼痛

廃用性症候群

ADL低下

寝たきり

車椅子

歩行困難

(杖

歩か

伝い歩き

装具使用)

その他…

(ご要望欄)

《体験希望日》

月

日

時頃、もしくは都合の良い曜日 ( )

送信先

➡ FAX : 048-708-6429

医療保険適用

訪問マッサージ 株式会社 そわか

TEL 048-708-6429

お気軽にお問い合わせ、ご相談下さい。

