

お試し【訪問マッサージ・訪問はり灸】 申込書

◆お手数ですが、本用紙を印刷の上ご記入頂き、イエクルマッサージまでFAXをお願いいたします。

◇現段階でお答えにくいことがあれば空欄でも結構です。

◆お電話でのお問い合わせの場合は 「お試しマッサージをうけたい」 とお伝え頂くとスムーズです。

TEL:03 - 6699 - 1353

/ FAX:03 - 6699 - 1387

イエクルマッサージ

フリガナ	
患者様氏名	様
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
性別	男性 ・ 女性
ご住所	
電話番号	
緊急連絡先	お名前 続柄
	電話番号
認知度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
電話番号	要支援 : 1 ・ 2 / 要介護 : 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
歩行状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 杖 ・ 全介助 ・ 車イス
	その他 ()
障害者手帳	なし ・ あり (級)
心身障害者 医療費受給者証	なし ・ あり
生活保護受給	なし ・ あり
介護事業者名	
住所	
電話/FAX	
ケアマネジャー様名	
お試しマッサージ 希望日時	
訪問時に 聞きたい事	
備考	

ご記入ありがとうございます。申込書を確認次第、**折り返しご連絡**いたします。
ご連絡先のご記入をお願いいたします。

折り返し用 ご連絡先	お名前
	TEL ご本人様 / ご家族様 / ケアマネジャー様