訪問マッサージ　申込書

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		
患者様お名前		
生年月日	明治　大正 昭和　平成　　年　　月　　日（　　歳）	男性　　女性
ご住所		
電話番号	（携帯：　　）	
主たる連絡先 番号に〇を付けて下さい	1．ご本人 2．ご家族（続　柄：　　・電話番号：　　） 3．その他（関　係：　　・電話番号：　　）	
健康保険	社会保険・国民健康保険・後期高齢・生活保護・その他	
主治医	先生・病院名（　　）	
要介護度	要介護：1　2　3　4　5　要支援：　1　2　　無し	
病　名		
経　過		
主な症状		
歩行の状況	寝たきり・車いす・歩行困難（杖・伝い歩き・装具使用など）・自立	
介護サービスの利用状況 （曜日・時間等お書き下さい）		
その他特記事項		
訪問マッサージの ご希望の曜日・時間帯		

打合せ・体験ご希望日 （ご希望曜日・時間帯など）	

※もしくはご都合の悪い曜日・時間帯などあればご記入下さい。

事業所様名
御担当者

医療保険による　きらめき訪問マッサージ

FAX番号　03－6904－2281