池田鍼灸指圧治療院訪問マッサージ
お申し込みシート（Fax用）

※ご希望の方は無料体験をお受けいただいております。無料体験を（希望する・希望しない）

ご利用者様情報	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女 才	明 大 昭 年 月 日	
	お名前				
	住所		電話番号	（　　）	
	暮らし	□一人暮らし □同居 □施設入居　（　　号室）	キーパーソン	お名前	様
				ご本人との関係	
				連絡先	（　　）
	病歴	病名		発病日	
	主治医	病院名		担当医師	
	ＡＤＬ	歩行	自立　・　杖　・　歩行器　・　介助歩行　・　車椅子		
		食事	自立　・　介助　・　全介助		
		排泄	自立　・　介助　・　全介助		
		入浴	自立　・　介助　・　全介助		
		更衣	自立　・　介助　・　全介助		
	利用されているサービス	□　訪問リハ　（週____回） □　訪問診療　（月____回） □　ヘルパー　（週____回）		□　訪問看護　（週____回） □　デイサービス　（週____回）	
ご紹介元様情報	事業所名				
	ご担当者名			電話番号	（　　）
				Fax番号	（　　）

Fax番号　　０３－５９２１－１５５１

※大切な個人情報のため、お手数をおかけいたしますが、
Fax送信前または送信後に確認のお電話をお願いいたします。

電話番号　０３－５９２１－１６３０