

訪問マッサージ お申込みシート (無料体験の場合もこちらにご記入下さい)

★患者様ご連絡先

ご入力いただいた方のお名前	ご本人 ご紹介	ご家族 事業所	(カナ)	様
患者様のお名前	(カナ) 様 男 女			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (才)			
訪問先ご住所	〒 駐車場 あり・なし・コインパーキング			
ご連絡先	ご自宅		携帯等	
	mail		@	

★患者様病状や症状・状態等

現在の病名や症状	.
診断名があればご入力	
下さい	

★ご希望を教えてください ご本人様のご希望・ご家族様のご希望

どこを・どの様に したいですか？	
---------------------	--

★現在の状態はどの様な状態ですか？ 例) 杖を突いて歩ける 1人では歩けない

特に歩行状態	
かかりつけの病院	病院名 先生

★現在サービスのご利用状況

デイサービスや 通所リハなど	曜日 時間
-------------------	----------

★無料体験や施術にあたり質問等あればお願い致します 例) 歩行訓練したい 女性がいい

無料体験希望日	年 月 日 時～	ご連絡先希望	電話・メール
---------	----------	--------	--------

★ご入力ありがとうございました

改めて無料体験日の日程をご連絡させていただきます。 らくらく縁マッサージ治療院 田倉