

～無料体験申込書～

FAX:046-845-4528

氏名	様	生年月日		
		大正・昭和・平成	年	月 日
住所	横須賀市			
電話番号				
お身体の状態・悩み	<ul style="list-style-type: none">・首、肩の痛み・腕の痛み・腰の痛み・股関節、膝関節の痛み・足の痛み・歩行困難・リウマチ・五十肩・脊柱管狭窄症・筋力低下(麻痺)・神経痛(坐骨神経痛 等)・寝たきり・つまずき・廃用性症候群・脳梗塞後遺症・パーキンソン病・退院後のリハビリでお困りの方 <p>その他・ご要望()</p>			
訪問治療希望日	月・火・水・木・金・土 午前(時～ 時)・午後(時～ 時)・いつでも可			
かかりつけ院名 (複数院記入可)				
ケアマネージャー	事業所名：		担当者名：	
支援・介護度 (お分かりの範囲で)	要支援 1・2・3・4・5		要介護 1・2・3・4・5	不明

※介護サービスを受けていなくても施術を受けていただけます(健康保険) ※生活保護対応可

※介護事業者様記入欄

事業所名	
ご担当者	
電話番号	
備考	

いじどり訪問鍼灸 〒239-0831 横須賀市久里浜4-18-12 コートK102

TEL:080-3559-1427(代表) FAX:046-845-4528