

～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 | ・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 その他・ご要望() | | | |
| 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 | |

いろいろ訪問鍼灸 〒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