

訪問鍼灸マッサージ ご利用相談申込書

こもれび鍼灸マッサージ院 行

FAX 047-397-0081 / TEL 047-702-5062

申込日: 年 月 日

ご利用者	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	氏名	様		男・女	T・S・H・R	年 月 日 (歳)
	住所	〒				電話番号
						— —
	保険	☐ 医療保険 ☐ 医療助成制度 ☐ (介護保険)	☐ 国保 ☐ 後期高齢者 ☐ 社会保険 ☐ 協会けんぽ ☐ 共済組合 ☐ 身体障害者 (級) ☐ 生活保護 ☐ その他 () (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)			
施術場所	自宅・施設	施設名・施設住所: ※施設の場合はこちらにご記入下さい				
緊急連絡先	フリガナ			続柄	同居 ・ 別居	
	氏名				電話番号	
医療機関	名称				主治医	科 医師
	住所					電話番号:
	※同意書の依頼 (済未) 医師			☐ 訪問診療 ☐ 通院	他にかかっている科・医師:	
現病歴		疾患名・症状:				
		施術の目的など:				
ご希望の施術		☐ 鍼灸 ☐ マッサージ ☐ 両方				
適応疾患 鍼灸		☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 腰痛症 ☐ 五十肩 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他()				
適応症状 マッサージ		筋麻痺・筋萎縮 (躯幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) 関節拘縮 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)				
往療の理由		1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他()				
利用中のサービス		月 火 水 木 金 土 日				☐ ご相談 ☐ 担当者会議など
ご希望の曜日・時間						