

からだアシスト FAX申込書

《申込内容》

- 無料体験
 施術申込

《連絡方法》

- ご利用者様へ直接連絡を希望
 事業所を介して日程を調整希望

■ 事業者様 情報

ご記入日： 年 月 日

事業所名	ご担当者名：	TEL：
------	--------	------

■ ご利用希望者様 情報（※＝必須項目）

分かる範囲で結構ですのでご記入ください。

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令
氏 名			年 月 日生（ ）歳
住 所		性 別	男性 ・ 女性
電話番号	自宅：	携帯：	
要介護度	要支援（ 1 2 ） 要介護（ 1 2 3 4 5 ） : 非該当		
歩行の状況 (該当箇所に✓)	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内は何とか歩ける <input type="checkbox"/> 電車やバスを使い外出できる <input type="checkbox"/> 歩行は問題なく歩ける <input type="checkbox"/> その他（ ）		
お困りの 症状	該当の場合○（ 関節拘縮あり 筋マヒあり 筋力低下あり 転倒リスクあり）		
既往歴 現病歴			
かかりつけ医	病院名：	お医者様名： 同意書発行許可を（ 得ている 未確認 ）	
備 考			
訪問希望日時			

からだアシスト 院長：大上 清輝（オオウエ キヨテル）

〒187-0012 東京都小平市御幸町232-4

TEL / FAX : 042-508-2205