



からだアシスト FAX申込書

《申込内容》

- ☐ 無料のお試し体験
☐ 利用についてご相談

《連絡方法》

- ☐ ご利用者様へ直接連絡を希望
☐ 事業所様を介して日程調整を希望

■ 事業者様 情報

ご記入日： 年 月 日

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

■ ご利用希望者様 情報

分かる範囲（ご記入頂ける範囲）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✓)	☐ 寝たきり ☐ 車椅子 ☐ 室内は何とか歩ける ☐ 電車やバスを使い外出できる ☐ 歩行は問題なく歩ける ☐ 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			

TEL / FAX：042-508-2205

お忙しい中ご記入ありがとうございました。確認次第、ご指定のご連絡先へお電話いたします。