マッサージファクトリー　訪問鍼灸・マッサージ申込書

申込日：平成　　年　　月　　日

事業所名			
ケアマネージャー		電話 ＦＡＸ	
利用者名	性　別（　男　・　女　）		
生年月日	明治　昭和 大正　平成　　年　　月　　日（　　歳）		
住　　所	東京都 神奈川県		
連絡先	（　　）		
主治医			
病状 既往歴			
症状・状況			
ご利用者様がご自身で判断や連絡等が困難な場合の連絡先			
氏　名 （ご利用者様との関係）		連絡先	
住　　所	東京都 神奈川県		

ご希望の施術内容

１．マッサージ	２．関節拘縮予防・改善	３．歩行訓練
４．筋力訓練	５．座位・起立訓練	６．寝たきり予防
７．鍼・灸	８．骨折のリハビリ	
９．その他（　　）		

ＦＡＸ送信先：　03-5799-4353

その他お電話でも承っております！　フリーダイヤル　０１２０－３８９－４８９