無料お試しマッサージお申込書

下記にご記入の上、FAXもしくはmailにて送信をお願いいたします。

【FAX番号： 03-5939-6623】【mail : massage@medicalplatform.jp】

※お分かりになる範囲内でご記入ください。

申込日	令和　　年　　月　　日			
ふりがな			性別	男 / 女
ご利用者様名		様		
生年月日	（明治 / 大正 / 昭和 / 平成 ）　　年　　月　　日　（　　才）			
ご施設名				
ご利用者様住所	〒 （建物名：　　）			（同居 / 独居）
電話番号	―　　― 本人 / その他（　　）様	緊急連絡先	―　　― 本人との続柄（　　）	
保険証	社保 / 国保 / 後期高齢 / その他			
	生活保護（福祉事務所：　　）			
介護度	無し / 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
病気の経歴	□ 脳血管疾患 （ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 ） □ 心臓疾患 （ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ペースメーカー使用 ） □ 腎臓疾患 （ 腎不全 ・ 腎臓透析あり ） □ 肝臓疾患 （ 肝硬変 ・ 肝炎〖　　型〗） □ 変形症 （ 腰椎 ・ 頸椎 ・ 膝関節 ・ 小脳脊髄 ） □ アレルギー　無 / 有 （　　） □ 感染症　無 / 有 （　　） □ その他 （　　）			
お身体の状態	車椅子 / 認知症 / 麻痺あり / 拘縮あり / 寝たきり / 歩行困難			
主訴 （ご依頼理由）	（例：関節の可動域を広げたい、筋力が低下してきた、痛みを緩和してほしい、むくみで困っている・・・など）			

ご都合の悪い日	曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	時間帯					
	理由					

※上記にご記入いただいた個人情報は、診療目的以外には使用いたしません。

お申込み、ご不明な点など、お問い合わせはこちらまで

メディパス訪問マッサージ

〒115-0042　東京都北区志茂2-39-9 ペアシティ秀華一番館1-A

TEL : 03-3901-0506　/　FAX：03-5939-6623

mail： massage@medicalplatform.jp

休業日：土曜日・日曜日　（月曜～金曜・平日の祝日は営業）