

AI訪問鍼灸マッサージ ご利用相談申込書



申込者(事業者名・病院名) _____ (担当者氏名) _____

電話: _____ FAX: _____

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			契約日時	☐ ご相談 ☐ 担当者会議など	
				/ :		
ご希望の曜日・時間				初回訪問		
				/ :		

AI訪問鍼灸マッサージ

〒158-0082世田谷区等々力2-19-2 宝光ビル1F

電話:080-7542-3749 FAX:03-5755-3702