

太陽堂 FAX 申込書

申込内容：無料体験

施術申込

連絡方法：利用者様へ直接連絡を希望

事業所を介して日程を調整する

ご記入日： 年 月 日 (受付：)

■事業者様 情報

事業所名		
ご担当者名：	TEL:	

■ご利用希望者様 情報 (※=必須項目)

フリガナ		※生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日生 () 歳
※氏 名		※性 別	男性 ・ 女性
※住 所		※電 話 番 号	0 3 — — (携帯)
※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) (✓)	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いすを使って移動している <input type="checkbox"/> 電車やバスを使い一人で外出できる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 室内は何とか歩ける <input type="checkbox"/> 歩行は問題なく元気に歩ける	
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)		
既往歴 現病歴			
主治医	同意書発行許可を (得ている 未確認)		
備 考			
訪問希望日時			

太陽堂鍼灸マッサージ院練馬 担当：嵯峨野 祐輔 (さかの ゆうすけ)

〒179-0083 東京都練馬区平和台 3-22-19

TEL03-3936-0808

FAX 番号 ➡ 03-3936-0809