【訪問マッサージお申込書】

申込日：　　年　　月　　日

ふりがな		ふりがな	
患者様お名前	様	お申し込み者様お名前	
生年月日	明 大 昭 平　　年　　月　　日(　　歳)		患者様とのご関係：
住所	〒 （駐車場所：　　）独居 ・ 日中独居 ・ 同居 ・ 高齢二人暮らし		
TEL		FAX	

キーパーソン等 家族構成		氏名	続柄	連絡先

歩行	不可 ・ 可（自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ｼﾙﾊﾞｰｶｰ・ 介助 ・他　　）	健康保険	国保 ・ 社保 ・ 後期 負担割合　　割
車椅子	無・有　移乗(自立・一部介助・全介助) 操作(自立・一部介助・全介助)	助成制度	無 ・ 障害(　　級)・生活保護
		認知	無・有（状態：　　）
更衣	全介助・一部介助・見守り・自立	コミュニケーション	問題なし ・ 一部可 ・ 不可 言語障害 ・ 聴覚障害 ・ 視力障害 精神(不安・うつ・他　　)
体交	座位㊀　寝返り㊀　起立㊀		
担当事業所等	事業所または施設名	御担当者名 TEL：　　FAX：	
介護度	要支援１ ・ 要支援２ ・ 介護度１ ・ 介護度２ ・ 介護度３ ・ 介護度４ ・ 介護度５		
医療機関	医院名： 担当医：　　科　　先生		
病歴	【現病歴】	【既往歴】	
	感染症　無 ・ 有 ⇒		

スケジュール	月	火	水
	木	金	土
備考			

【小春治療院】〒265-0043 千葉市若葉区中田町 1192-74　（TEL･Fax043-228-8189）