

# 出張リハビリ お問い合わせ用 FAX送信紙

つじもと鍼灸院 FAX : (078)591-0920

(ふりがな) お名前		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	年齢	歳
ご住所	〒		
ご連絡先	電話:( ) - FAX:( ) -		

\* 以下の質問について、わかる範囲で結構ですのでご記入をお願いします。

主治医のお名前	
医療機関名	
担当ケアマネジャーさんの お名前	
ご紹介者のお名前	

## お身体の状態をお教え下さい

1. 現在の主たる病名や症状をお教え下さい。	
2. お身体に慢性的な痛みはありますか？	はい      いいえ
2. で「はい」とお答えいただいた方は、どのような痛みでお悩みかお教え下さい。	
3. 介護保険の保険証はお持ちですか？	はい      いいえ
3. で「はい」とお答えの方は、当てはまる介護度に○をお付け下さい。 要支援 1・2      要介護 1・2・3・4・5	
4. 身体障害者手帳はお持ちですか？	はい      いいえ
4. で「はい」とお答えの方は、身体障がい者等級をお教え下さい。 ( )級	

## サービスについてのご質問、ご意見等ございましたらご記入下さい

--

ご記入いただきありがとうございます。後ほど返信させていただきます。

つじもと鍼灸院

電話:078-591-0919 FAX:078-591-0920