

無料体験申込書

瀬野マッサージ院

TEL 075-953-3395

FAX 075-201-6901

基本情報 (ご本人様、もしくはご家族様にご記入ください)

| | | | |
|-------------|----------------|-------------|----------------|
| ふりがな | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 利用者名 | | 生年 月日 | T S H 年 月 日 |
| 住所 | | | |
| 希望連絡先 | () | 軽駐車 スペース | 有 ・ 無 |
| 連絡先関係 | 利用者 ・ 家族 ・ () | | |
| 連絡可能 時間帯 | | | |
| 紹介者 | | | |

医療情報 (主治医からの指示内容を、ご本人様、もしくはご家族様にご記入ください)

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| マッサージの 必要性 | 有 ・ 無 |
| バイタルサイン上の留意事項 (施術基準での不適切項目) | 有 ・ 無 |
| その他 特記事項 | FAX確認後、こちらから連絡致しますので、 その際お伝えください。 |