

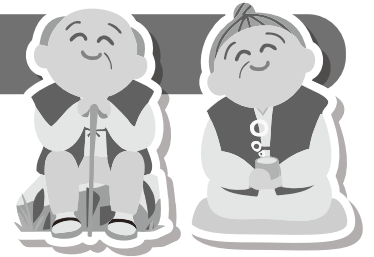
# からだ元気治療院 福島北店 初回無料体験治療 申込み書

初回治療でご用意いただくもの

健康保険証、印鑑

※障がい者認定を受けている方は、

障がい者手帳と重度心身障がい者医療費受給者証をご用意ください。



## 初回治療で行うこと

- ①患者様のご容態確認、サービス説明、訪問日時の打ち合わせ、その他ご質問への回答
- ②治療に必要な書類を患者様と一緒に作成
- ③患者様のご容態に合わせた、リハビリ・はり・きゅう・機能訓練の無料体験

下記ご記入の上、お気軽にお申込みください

からだ元気治療院 福島北店 TEL/FAX 024-563-4884

患者様  
氏名

患者様  
生年月日

T・S・H

月

日生まれ

( ) 歳

患者様ご住所  
〒

患者様電話番号

患者様の身体状況

ご紹介者様名(病院・介護事業所・既存患者様・その他)

ご紹介者様のご連絡先 電話番号

ご担当者様氏名(病院・介護事業所などの場合)

紹介者コード