

ふりがな		生年月日
氏名	(才)	M.T.S.H. 年 月 日
住所		
電話番号	( ) - -	
お勤め先	Tel ( ) - -	
診療部位・主症状 該当するところを○で囲んでください。		
頭・首・右肩・右腕・右肘・右指・右手・胸部・背部・腹部・腰 左肩・左腕・左肘・左指・左手  臀部・肛門・右足・右膝・右足の指・その他 ( ) (お尻) 左足・左膝・左足の指		
風邪・頭痛・胸痛・腹痛・下痢・めまい・吐気 血圧・血糖・コレステロール・その他 ( )		