

ふりがな		生年月日
氏名	( 歳)	T.S.H.R 年 月 日
住所		
自宅番号	( ) -	
携帯番号		
お勤め先	TEL ( ) -	
<p>診察部位・主症状 該当するところを○で囲んで下さい。</p> <p>頭・首・胸部・背部・腹部・腰・臀部</p> <p>右肩・右腕・右肘・右指・右手 左肩・左腕・左肘・左指・左手</p> <p>右足・右膝・右足の指</p> <p>左足・左膝・左足の指</p> <p>肛門・下痢・腹痛・胃腸</p> <p>風邪・頭痛・胸痛・めまい・吐き気</p> <p>血圧・血糖・コレステロール・その他 ( )</p>		