

施 術 カ ル テ

ふりがな		受付日	平成	年	月	日
氏 名		<u>生年月日</u> 明大昭平 年 月 日				<u>受付No.</u>
住 所	〒					
T E L	() -	紹介者				
当院に望むこと (いずれかに、○をつけてください。)						
1. とりあえず痛み (症状) が少なくなれば良い。						
2. 痛み (症状) の再発を防ぐために通院しても良い。						
3. その他 ()						
<u>症 状</u> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____						

