

## 施 術 カ ル テ

ふりがな		受付日 平成	年	月	日
氏 名		生年月日			受付No.
		明大昭平 年 月 日			
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 ( )

症 状

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



