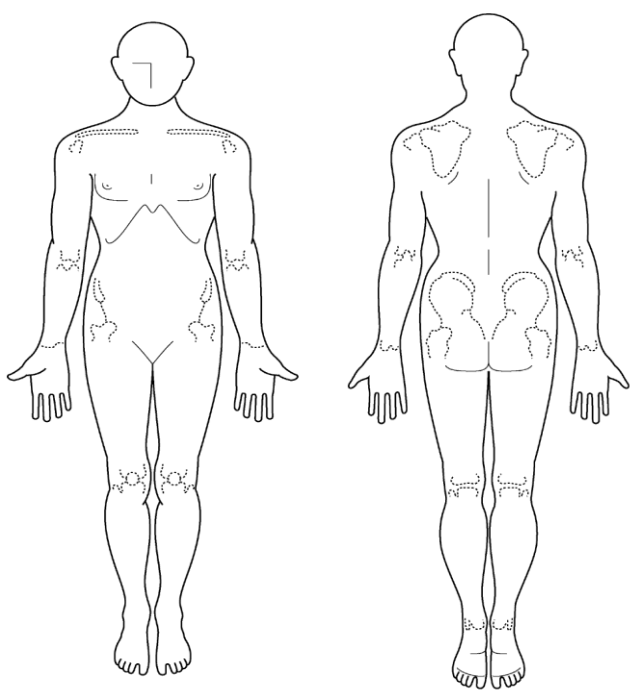


記入日

年

月

日

ふりがな		診察券の番号	
氏名		N O.	
どうされましたか？ いつから？ 症状は？ 痛み 脱力 しびれ その他			
どのように（具体的に図に記入してください）			
			
現在治療中の疾患（他の通院先）			
これまでの主な疾患（その経過）			
現在使用中の薬 無し 有り		アレルギー 無し 有り	
妊娠の可能性 無し 有り	住所など、変更点があればご記入ください		