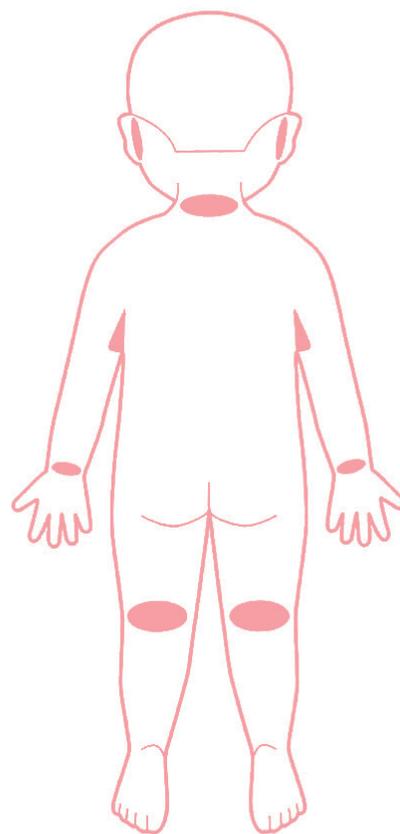
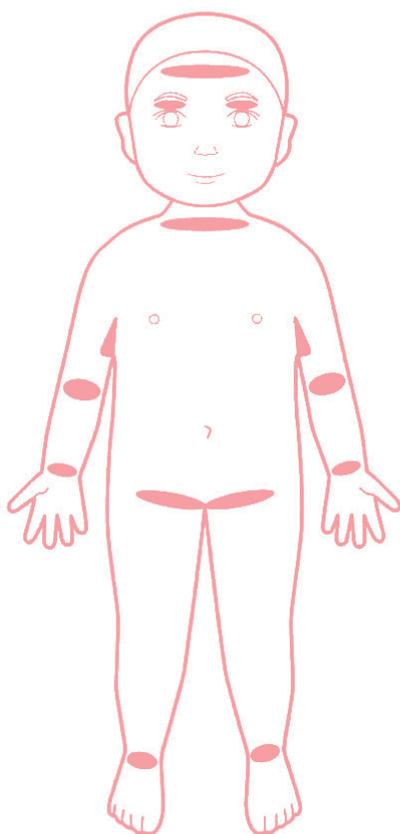
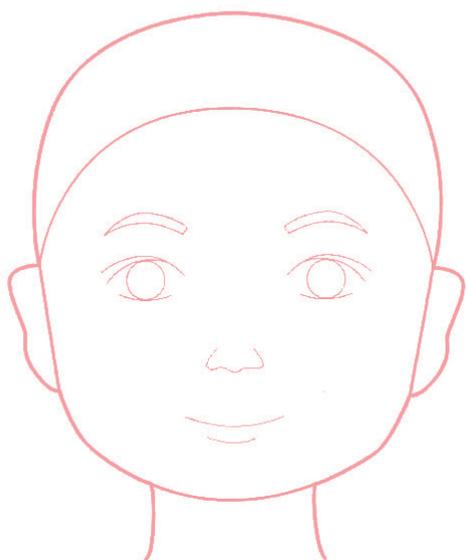


これまでの治療歴と部位

どの部位（下図に  で書き込んでください）

お薬の種類（ _____ ）

治療された期間（ _____ ）



$\frac{2}{T}$ = 1日2回
 $\frac{\times}{T}$ = 何回でも可