

No. -

追加注文票 記入 年 月 日

(ふりがな)

氏名

以下前回と同じならば記入不要。

(ふりがな)

住所 〒

生年月日 M. T. S. H. 年 月 日生, 男女 既婚・未婚

Tel -----, Fax -----;

↓ここから御記入下さい。

磁場処方水500ml×2本(セット)を注文します。(○印をおつけ下さい)

1. 1セット ( ) 2. 2セット ( ) 3. その他 ( )  
2. 項目テスト表 必要 ( ) 不要 ( )

磁場処方水作成時の参考にしますのでご協力下さい。

1. 改善したと思われる症状
2. 新たに現れた症状
3. 不変
4. 内服している薬品名

南陵 藤井内科  
宇治PRA臨床応用研究所

送付先 Fax 0774-77-8370  
携帯 090-8169-6446