

○ ○

○受理 8:30 - 11:00

日期:	年	月	日				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	3	3	3	3			
代 ()							
()		-		-			
手机号 ()		-		-			
()							
()		-		-			
()							
()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		()				
其它 ()	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> X光 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 无		()	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI核磁共振成像			()
()		()		2	()		()
		()			()		()
		()			()		()
		()			()		()
	0	()			()		()
	1	()			()		()
	2	()			()		()
		()		0	()		()
		()		1	()		()
	·介	()		2	()		()
		()			()		()
		()			()		()
		()			()		()
	0	()			()		()
	1	()		◆	()		()

-
-



1.

2. ?

3.

4. ?

5. 您是否在日本居住?

2 4 5

1 30

No

1 30

()
()

()