※お名前・性別・血液型

※生年月日

※住所

※血圧・身長・体重

※過去の血液検査データ（異常の項目だけでも可）

※あなたの今いちばん苦しい（とりたい）症状

※症状はいつ頃からですか

※現在治療中の病名・使用中の医薬品、健康食品

※その他気になる事があればなんでもお書き下さい。