

■患者様FAX

■ご相談当日は予約時刻の 分前までにお越しください
■ 月 日()までに問診票を返信してください

喜多村クリニック FAX 092-585-9612

がん治療相談 自由診療相談 問診票(1)

予約決定日時 西暦 年 月 日 時 分

患者様氏名 (かな) 性別 男・女

(漢字)

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 才

ご住所 〒

自宅電話番号 - -

携帯電話番号 - -

FAX番号 - -

ご相談者氏名 (かな)

(漢字)

(患者様ご本人の場合は不要)

自宅電話番号 - -

携帯電話番号 - -

こちらからお電話をする際は自宅と携帯のどちらがよろしいですか 自宅 携帯

連絡時注意事項

患者様との関係 夫・妻・子供・父・母・きょうだい・その他 ()

興味をもっている
治療・検査は？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミンC点滴 | <input type="checkbox"/> アルファリポ酸点滴 |
| <input type="checkbox"/> 低分子化フコイダン | <input type="checkbox"/> インスリン増感療法 (IPT) |
| <input type="checkbox"/> 腸内フローラ移植 | <input type="checkbox"/> 栄養療法 |
| <input type="checkbox"/> 循環がん細胞検査 CTC検査 | <input type="checkbox"/> プラセンタ点滴 |
| <input type="checkbox"/> アンチセンスオリゴヌクレオチド点滴 | <input type="checkbox"/> マイヤーズカクテル |
| <input type="checkbox"/> ANK自己リンパ球免疫療法 | <input type="checkbox"/> グルタチオン点滴 |
| <input type="checkbox"/> 6種複合免疫療法 | <input type="checkbox"/> プロテオ検査 |
| <input type="checkbox"/> 自家がんワクチン | <input type="checkbox"/> その他 () |

当クリニックを ネット・ホームページ ご紹介 ()

何で知りまし 本 その他 ()

当院からの情報 メールマガジン を希望する

提供をご希望し
ますか

メールアドレス

@

がん治療相談 自由診療相談 問診票(2)

■現在のがん病名(病名) ○○がん、大きさ、個数、転移の有無、現在の状態など

■これまでの治療経過 はじめの症状、検査、診断された日、治療、手術、抗がん剤、放射線など

■現在の治療内容とその病院名

■現在服用している、薬、サプリメント、自然食品、天然成分

■相談したいこと、質問、知りたいこと、困っていること

■あなたは、なぜがん(病気)を治したいのですか？(重要)

■当日のご相談のお時間を有効にお使いいただくために、できるだけ詳しくお書きください
■病院からの診療情報や検査結果などの資料は当日ご持参ください