

《お願い》

- ・恐れ入りますが、御予約時刻の30分前までにお越しください。
- ・ご相談日の2日前までに問診票の御返信をお願い致します。

喜多村クリニック FAX : 092-585-9612

がん治療相談 問診票 (1)

予約決定日時 年 月 日 時 分

(カナ)

患者様氏名 (漢字) 性別 男 ・ 女

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 - -

(カナ)

ご相談者氏名 (漢字) (患者様ご本人の場合は不要です)

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  
治療は？

- インスリン増感療法 高濃度ビタミンC点滴 ANK免疫療法 統合医療全般
- 循環癌細胞検査 腸内フローラ移植 自家がんワクチン 低分子フコイダン
- がん治療サプリメント 食事療法 その他 ( )

当クリニックを  
何で  
知りましたか？  ご紹介 (  本 ( ) )  
 ホームページ  その他 ( )

当院からの情報提供をご希望の方はチェックを記入ください

メールマガジン (ご希望の場合はお送り先のアドレスをご記入ください)

アドレス @

ニュースレター(郵送)  セミナー案内(郵送)

がん治療相談 問診票 (2)

(1)現在のがん病名 (進行度、大きさ、個数など、現在の状態)

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

(3)現在の治療内容とその病院名

(4)現在服用している、薬、サプリメント、自然食品、天然成分

(5)相談したいこと、質問、知りたいこと、困っていること

(6)あなたは、なぜがん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。