

ガンの治療相談 申込書

FAX送信先：050-3488-4080

申込年月日 年 月 日 □入力済

フリガナ		生年月日	年齢	性別
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日		男・女
患者住所	〒 市 郡 県都道府			
	マンションなどの建物名			
連絡先	自宅TEL () / 携帯TEL ()			
E-mail			職業	

フリガナ		携帯TEL: ()
連絡先の氏名		患者との関係:
(紹介組織) 紹介者氏名	NPO統合医学健康増進会	連絡先: ()

自由診療の先端治療は費用が高額な場合があることを承知しています→当会発行の資料をご参照ください。

◆今回の相談内容(病名、病状、治療の経過、手術の有無、使用中の薬・サプリ等詳しく書いてください。)

病名: (例: 大腸ガン～肝臓転移など) / 発病・再発の時期: (例: 2015年1月頃に発病・再発など)

がん発病の要因と思われる心当たり(偏食、ストレス、頑張り過ぎ、重労働、運動不足など)があればご記入ください

治療の経過(手術・抗ガン剤治療の有無や治療期間など)

現在治療中の病院・診療所・医師名、治療院・施術者名など

現在使用中の薬・漢方薬・サプリメントや、併用している治療法など

その他連絡事項があればご記入ください

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。