

[2回目以降 再診の方]

※ご記入頂いた事項は診療のみに使用致します。

超高濃度ビタミンC点滴 予約申込書

【表示価格は税込です。】

平成 年 月 日

■ 予約日時：平成 年 月 日() 時 分より

■ (2回目以降の場合)前回の点滴後、特に変わったことはありませんか？

ない ある

※「ある」とお答えの方、または気になる事があれば詳細を記入してください。

()

■ ご希望の処置内容： を入れてください。

超高濃度ビタミンC点滴	12.5g	7,800円	<input type="checkbox"/>
	25g	9,800円	<input type="checkbox"/>
	50g	15,000円	<input type="checkbox"/>
	75g	22,000円	<input type="checkbox"/>
ビタミンC内服剤(30包入)		3,240円	× _____ 箱 <input type="checkbox"/>

※ 現在抗がん剤治療薬(メソトレキセート 又は ベルケイド)を投与されている方、及び糖尿病でインシュリン注射を行っておられる方は、当院では超高濃度ビタミンC点滴療法をお受け頂けませんのでご了承ください。

上記の治療を現在行って いない いる(詳細: _____)

※ 【ビタミンC量×75g】の点滴をお受けになる場合、
点滴に加えて以下の検査が必要となりますので、ご了承ください。

■ ビタミンC血中濃度測定検査 …… 4,800円

フリガナ
お名前: _____

【本状に診察券を添えて、受付へお持ちください】