

[初診の方]

※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 相談申込書

【表示価格は全て税込です。】

平成 年 月 日

※ 10分程度の診察を行います。(相談料・初診料不要)

□に✓を入れてください。

治療目的	
【がん治療】	【その他】
<input type="checkbox"/> がんの治療	<input type="checkbox"/> 美白・美肌・アンチエイジング
<input type="checkbox"/> がんの再発予防	<input type="checkbox"/> 体力回復
<input type="checkbox"/> がんの予防	<input type="checkbox"/> その他 (詳細:)

※ 現在抗がん剤治療薬(メソレキセート 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:)

※ 医師の診察の後、治療内容にご理解・ご納得頂いた場合のみ、次回より点滴注射を開始いたします。その場合、事前検査として本日より以下の検査が必要となりますので、ご了承ください。

- G6PD 欠損症スクリーニング検査・・・ 7,500 円
- 腎・肝機能血球一般検査 …………… 7,500 円(がん治療の方のみ)

ご住所: _____ 県 _____ 市・郡

携帯電話: _____ ご自宅の電話番号: () _____

フリガナ
お名前: _____

生年月日: 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳