海風診療所
0834-33-0890

＜海風診療所予約票＞

この度は海風診療所へお問い合わせいただきありがとうございます。
当院は完全予約制になっております。この予約票が海風診療所へ到着しましたら、折り返し当院よりご連絡を入れさせていただき、ご予約の日時を決定させて頂きます。
カウンセリングは、患者様の現状の把握、当院での治療方針、各種治療の方法・頻度・費用を含め、１時間半～２時間程度をかけてカウンセリングを行わせていただきます。
カウンセリング後、当院での治療について十分にご理解いただいた上で、正式に治療のご予約を入れていただくことになります

◆お願い◆

・お薬手帳や最近の血液検査などの結果がありましたらご持参ください。患者様の現状把握のために使用させて頂きます。
・１週間分の食事の記録を記入してご持参ください。（最低でも３日分）
・カウンセリング料金は 10,800 円（税込）です。当院はカード支払いも可能です。

◇ご予約キャンセルについて◇

ご都合が悪くなった場合はご予約の前日までに必ずご連絡下さい。当日キャンセルにつきましては、キャンセル料（5,400 円）が発生致しますのでご了承ください。

記入日	年　　月　　日
（ふりがな） 氏名	（男・女）
生年月日	（　大　・　昭　・　平　）　　年　　月　　日　（　　歳）
住所	〒
電話番号	ー　　ー （携帯　　ー　　ー　　）
病名	
上記病名の経過を簡単に記載してください（いつ頃・どのように）	
希望の検査治療	オーソモレキュラー検査・遅延型アレルギー検査・毛髪ミネラル検査 点滴・免疫細胞療法・中医・心理・脳幹・鍼灸・自律神経・痛みの治療・加圧 セカンドオピニオン・その他（　　）
紹介者	あり（お名前　　）・ 講話 ・ インターネット ・ JES ・ なし
ご連絡の希望時間	（AM）　：　～　：　・（PM）　：　～　：