

遠隔サプリメント外来(お気楽プチ健診)申込表

申込日:平成 年 月 日

ふりがな※	
氏名※	
郵便番号・住所※	(〒 -)
電話番号※	()
FAX番号※	()
メールアドレス※	
紹介元※	()※紹介元が知人の場合、氏名までご記入願います
性別※	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日・年齢※	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ()歳
身長	()cm
体重	()kg
血圧	最高値()最低値()
体温	()℃
脈拍	()
腹囲	()cm
回答方法※	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> 郵送
SPA会員の確認※	<input type="checkbox"/> 会員(アドバイス料¥25,000円税抜) <input type="checkbox"/> 非会員(アドバイス料¥30,000円税抜) 上記の通り、SPA会員になりますと相談料が割安になります。 SPA(予防医学・アンチエイジング医学研究会)に入会される方は、こちらにチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> SPA会員に入会する。
入金方法※	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 銀行振込

<p>病名※</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>感冒(かぜ) <input type="checkbox"/>気管支炎 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧症 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>貧血 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>甲状腺の病気 <input type="checkbox"/>肝臓・すい臓の病気 <input type="checkbox"/>胃腸炎 <input type="checkbox"/>胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/>扁桃腺炎・咽頭炎 <input type="checkbox"/>膀胱炎・腎盂炎 <input type="checkbox"/>鼻炎 <input type="checkbox"/>花粉症 <input type="checkbox"/>水虫 <input type="checkbox"/>メニエール症候群 <input type="checkbox"/>更年期障害 <input type="checkbox"/>自律神経失調症 <input type="checkbox"/>膠原病 <input type="checkbox"/>血流不全 <input type="checkbox"/>不眠症 <input type="checkbox"/>メタボリック症候群 <input type="checkbox"/>脂肪肝 <input type="checkbox"/>その他()
<p>現在の症状※</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>動悸・息切れ <input type="checkbox"/>胸痛・胸が締め付けられる <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>咳・痰 <input type="checkbox"/>呼吸困難(息苦しい) <input type="checkbox"/>むくみ <input type="checkbox"/>体がだるい・倦怠感 <input type="checkbox"/>体重の異常な増減 <input type="checkbox"/>腹痛・腹部違和感 <input type="checkbox"/>吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/>くちが渴く <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>便秘(1日1回、2日に1回) <input type="checkbox"/>便が黒い・便の色がいつもと違う <input type="checkbox"/>貧血と言われたことがある <input type="checkbox"/>食後にだるさや眠気がある <input type="checkbox"/>食後3～4時間後に気分不良がある。 <input type="checkbox"/>朝に不安感が強い <input type="checkbox"/>冷え性 <input type="checkbox"/>低血圧 <input type="checkbox"/>肩こり <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>低体温(36度以下) <input type="checkbox"/>疲労感・疲れが取れない <input type="checkbox"/>アレルギー(肌あれ、鼻水など) <input type="checkbox"/>肌荒れ <input type="checkbox"/>寝つきが悪い <input type="checkbox"/>怖い夢を見る <input type="checkbox"/>途中で起きてしまう <input type="checkbox"/>その他()

<p>現在服用している サプリメント※</p>	<p>□服用なし ①() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ②() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ③() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ④() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ⑤() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ⑥() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ⑦() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ⑧() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ⑨() 服用状況 □毎日服用 □時々服用 ⑩() 服用状況 □毎日服用 □時々服用</p>
<p>下記の中で比較的良好に食 べられると思われるもの、よく使用 するものがあれば□に チェック(レ)を入れて下さ い。</p>	<p>□ポテトチップス □チョコレート □ファーストフード □スナック菓子 □オリーブ油 □ゴマ油 □マヨネーズ □パン □マーガリン □バター □チーズ □牛乳 □牛肉 □紅花油</p>
<p>特に相談したい事項</p>	
<p>ご要望・ご質問</p>	

3 / 4

※は必須項目となっています。ご記入いただいた情報は、遠隔サプリメント外来以外には使用いたしません。

1. アドバイス料

遠隔サプリメント外来(お気楽プチ健診)の価格は、平成28年8月より下記の通りとなっております。

一般人および一般医師:30,000円(税抜)

SPA会員およびMAIN会員:25,000円(税抜)

認定医:20,000円(税抜)

MAIN役員・専門医:15,000円(税抜)

上記金額は次の検査の場合となります。

採血、毛髪検査、糞便検査、フードアレルギー検査まで。

※尚、上記検査以外で、検査が必要な場合は別途費用が必要となります。

遺伝子検査判読+20,000円

尿有機酸検査判読+10,000円

アミノ酸検査判読+10,000円

毒性化合物検査判読+10,000円

※振込み手数料は、お客様負担とさせていただきます。

振込先口座:沖縄海邦銀行 西崎支店 普通口座 0038428 平良茂 タイラシゲル

価格は予告なく変更する場合がありますので、ご了承下さい。



統合医療ハートフルクリニック
アンチエイジング&キレーションセンター
電話兼FAX番号:098-994-7436

4 / 4