


# 検査予約申込表

申込日:平成 年 月 日

氏名	
住所	
連絡先	
性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
年齢	( )歳
予約表	
<p>毎週木曜日(第4木曜日除く)                      1番 9:00~9:30    2番 9:30~10:00    3番 10:00~10:30                      4番 10:30~11:00 5番 11:00~11:30 6番 11:30~12:00                      予約は木曜日6人までの、1番から6番までの予約となります。                      外来の予約時間は目安であり、予定の時間より遅れることもあることをご理解下さい。                      予約外来のスムーズな進行のために、相談はできるだけ時間内にて頂きますようご協力お願いいたします。                      【お願い】下記希望日時は、第三希望まで記入して下さい。同じ枠に複数の申し込みがありましたら、先着順にうめますので、予約の変更をお願いすることもございます。                      予約日時につきましては、確認後、メールまたは電話にてご連絡いたします。</p>	
記入例:平成 19年 8月 28日 時間: 2番 9:30 ~ 10:00	
第一希望日時	平成 年 月 日 時間: 番 : ~ :
第二希望日時	平成 年 月 日 時間: 番 : ~ :
第三希望日時	平成 年 月 日 時間: 番 : ~ :
ご希望する検査	血液細胞分析(1,575円税込)    頸動脈エコー(5,775円税込)
ご相談内容	糖尿病    高血圧    アトピー    その他の皮膚疾患 肥満    動脈硬化    高コレステロール血症 高中性脂肪血症    高尿酸血症    自閉症    禿毛 心臓病    腎臓病    肝臓疾患    デトックス アンチエイジング    サプリメント外来    癌統合医療 自家がんワクチン療法    癌フコイダンカクテル療法 頭頸部癌    子宮癌    卵巣癌 その他( )
その他ご質問	

## 相談料金表

初診		再診	
30分	5,000円	20分	2,000円
40分	6,000円	30分	3,000円
50分	8,000円	40分	4,000円
1時間以内	10,000円	50分	5,000円
1時間以上...		1時間以内	6,000円
10分経過毎に2,000円加算		1時間以上...	
		10分経過毎に1,000円加算	


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