

遠隔サプリメント外来（お気楽プチ健診）FAX 申込フォーム

ファックスされる場合は、098-992-1592（月～金：9時～17時）をお願いします。

※印は、病態診断で必要なものでご記入をお願いします。□は ✓ を入れてください。

※印は必須項目です。

申込日：（西暦） 年 月 日

※ふりがな	
※氏 名	
※住 所	郵便番号 ー
※電 話	
※FAX	
※メール	
紹介元	（ ）知人の場合は個人名でもよろしいです。
※性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 診断に必要なものでご記入をお願いします。
※生年月日・年齢	（西暦） 年 月 日生
※身 長	cm
※体 重	kg
※血 圧	最高値（ ）、最低値（ ） 普段の状態をご記入ください。
※体 温	（ ）℃ 最近測定した値を記入してください。
※脈 拍	（ ） 血圧計や病院での測定でわかる範囲でご記入ください。 不明の場合は空白にしてください。
腹 囲	（ ）cm わかる場合は記入してください。
※回答方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> 郵送 どちらか一つを選択してください。 ※14営業日（祝祭日を除く月から金曜日を合計して14日）までにメールとファックスの送信、 および郵送します。
※病名：診断されている 病名□に✓を入れて ください。	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃炎・胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 脾臓病 <input type="checkbox"/> 慢性疲労症候群 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 膀胱炎・腎盂炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> メニエール病
※その他の疾患	（ ）あれば記入してください。
※食物アレルギー	（ ）あれば記入してください。
※薬物アレルギー	（ ）あれば記入してください。

1. 遠隔サプリメント外来アドバイス料（税込）

- ①一般及び一般医師：40,000 円、②MAIN 会員：38,000 円、③MAIN 認定医：35,000 円、④MAIN 専門医：32,000 円、
⑤MAIN 役員 30,000 円 ※MAIN とは日本臨床自由診療研究会です。※入会希望の方（医師あるいは歯科医師限定）
は、下記サイトからお申し込みください。

日本臨床自由診療研究会（MAIN）入会申込サイト



<http://www.jiyuusinryou.com/admission/index.shtml>

※あるいは、「日本臨床自由診療研究会」でネット検索し、「入会申込」のサイトからお申し込みください。

2. 特殊検査追加料金（税込）

- ①+2,000 円：毛髪検査、②+3,000 円：フードアレルギー検査、広範囲糞便検査、③+5,000 円：腸内フローラ検査、
④+10,000 円：尿有機酸検査、⑤+15,000 円：アミノインデックス検査、GPLTOX プロファイル検査、マイコトキシンプ
ロファイル検査、ホルモン検査、オンコアカウント、オンコトレース、オンコノミックスプラス、毒性化合物検査判読、
アミノ酸検査、⑥+20,000 円：遺伝子検査、毒性化合物検査

3. 入金方法

※下記口座にお振り込みください。どちらか一つ選択してください。

☐現金支払（当院にて支払いとなります） ☐銀行振込

※振込手数料は、お客様負担とさせていただきます。

振込先口座：振込先口座：沖縄海邦銀行（オキナワカイホウ）西崎支店（ニシザキ）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

TEL：098－994－7436（火～木：9 時～ 17 時） FAX：098－992－1592（月～金：9 時～ 17 時）

当社は、個人情報が必要な資産であることを理解し、個人情報を正しく扱うことが当社の重要な責務であることを認識し、以下のような考えのもと、この取り組みをすすめていくことをお知らせいたします。

個人情報保護の取り組み

1. 当社は、個人情報の保護に関する法令及びその他規範を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。
2. 当社は、事業の内容及び規範を考慮し、適切な個人情報の取得、利用を行います。
3. 当社は、情報セキュリティ対策等の安全対策を講じ、個人情報への不正アクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん、及び漏洩を防止することを努めます。

当社は、予約お申し込みよりお預かりした個人情報を以下の目的で利用します。

1. 検査・診療に関する予約・ご質問等の確認を行うため。
2. 1. に関する情報提供や連絡を行うため。

FAX 申込み
098－992－1592
（月～金：9 時～ 17 時）