


03-4333-0803

(FAX送信してください)



オンライン相談申込書

医師とオンライン相談(30分)をご希望の場合は、申込書/問診票/検査結果等を添えてFAXして下さい

※合計 22,000 円 (医療機関連携費 (11,000 円)、オンライン相談料 (30分 11,000 円を、PayPay 銀行 ビジネス営業部 普通 2519873 日本先進医療臨床研究会に、ご入金ください。)

ご入金・書類を確認でき次第、担当からご連絡します。

(患者情報欄)

申込日 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別
	西暦	年 月 日		男・女
住所	フリガナ (〒 -)			
連絡先	TEL (自宅) / (携帯) / メール			
病名	病名 (部位) :	ガンの場合 (ステージ: 0/1/2/3/4/5) 初発/再発 (転移部位:)		
本日の QOL	・歩き回るのに問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)寝たきり / ・洗面や着替えに問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)出来ない ・仕事や勉強に問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)全く出来ない / ・痛みや不快感は? (1)ない、(2)多少ある、(3)非常にある ・不安や心配・悩みは? (1)ない、(2)多少ある、(3)かなりある / ・最高 100 点・最低 0 点で体調を表すと今日は何点? (点)			
相談内容				
興味のある治療研究	【通院治療】 <input type="checkbox"/> JCI コロイドヨード / <input type="checkbox"/> 重曹点滴 / <input type="checkbox"/> 遺伝子治療 / <input type="checkbox"/> メタボジェニック / <input type="checkbox"/> メチオニン代謝酵素 【遠隔治療/栄養カクテル療法】 <input type="checkbox"/> LMM (リキッドマルチミネラル) / <input type="checkbox"/> DAG (ドクターアサイゲルマニウム) / <input type="checkbox"/> パプラー <input type="checkbox"/> MVM (マルチビタミンミネラル) / <input type="checkbox"/> ノニ / <input type="checkbox"/> 珊瑚焼成カルシウム / <input type="checkbox"/> 低分子フコイダン / <input type="checkbox"/> 高吸収ケルセチン / <input type="checkbox"/> ルンプロキナーゼ 【通院・先端検査】 <input type="checkbox"/> リンパ球 10 種分画 / <input type="checkbox"/> リンパ球 7 種分画 / <input type="checkbox"/> T レグ / <input type="checkbox"/> CTC (血中ガン細胞) 【自宅検査キット】 <input type="checkbox"/> 血清 23 種検査 / <input type="checkbox"/> アレルギー 36 種検査 / <input type="checkbox"/> 前立腺ガン / <input type="checkbox"/> 胃ガン / <input type="checkbox"/> 大腸ガン <input type="checkbox"/> 子宮頸ガン / <input type="checkbox"/> 肺ガン / <input type="checkbox"/> 新型コロナ抗体検査 / <input type="checkbox"/> 新型コロナ&インフルエンザ抗原検査 【その他】 ()			
相談時間 ※注意事項	オンライン相談は、基本的には 30 分です。延長の場合は、15 分 5,500 円を追加入金頂きます。ご了承下さいませ。			

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

【アンケート】※回答欄に○または記述してください (複数回答可)

質問	回答
当会をどこで知りましたか?	・WEB 検索で ・HP で ・チラシ/広告で ・友人知人から ・医師から ・その他:
何故この治療を選びましたか?	・本や雑誌で情報を得て ・WEB で情報を得て ・友人知人の紹介 ・医師の紹介 ・その他:
通院治療が希望ですか?	・通院治療が希望 ・遠隔治療が希望 ・効果があればどちらでも良い

日本先進医療臨床研究会・問診票

医療機関 使用欄	患者氏名（フリガナ） フリガナ	担当医療機関	担当医師名
-------------	--------------------	--------	-------

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

※当会の「治療・症例研究」を開始する前の状態を教えてください。

病名	（ガンの場合、部位とステージ0/1/2/3/4/5）	生年月日	年齢	性別
		西暦 年 月 日	歳	男・女
身長・体重 BMI	身長（ ）cm/体重（ ）kg この1年間の体重変化は？ <input type="checkbox"/> 変わらない / <input type="checkbox"/> （ ）kg増えた / <input type="checkbox"/> （ ）kg減った（痩せた）		体温（ ）度 平均（ ）度位	

（病状、治療の経過、手術の有無、使用中の薬・サプリ等、詳しく書いてください。）

これまでの治療経過（手術や薬剤投与の有無、治療期間、入院・退院など）

発病時期：_____年 _____月頃発病

その後の経過：

これまでの治療について

【化学療法/分子標的薬】

なし ・ 治療中・治療中止（薬剤名＝

治療開始予定（投与予定日[_____年 _____月 _____日]、薬剤名＝

【放射線治療】なし・あり（詳細）

【手術】なし・あり（詳細）

【血管内治療・動脈塞栓術】なし・あり（詳細）

【温熱療法】なし・あり（詳細）

【身体症状・現在困っていること】

【禁忌薬・アレルギー歴】

CTやMRI造影剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]＝

抗がん剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]＝

その他薬剤に対するアレルギー：なし・あり[薬品名]＝

その他に対するアレルギー：なし・あり[アレルギー]＝

当会の「治療・症例研究」以外に、現在治療中の病院・診療所・医師名、治療院・施術者名など

現在の病状や予後について、主治医より説明されている内容

現在使用中の薬・漢方薬・サプリメントや、併用している治療法など

便通についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください 毎日ありますか？ ・毎日 () 回くらいある ・ () 日に1回くらい 臭いはどうですか？ ・あまり臭くない ・臭い ・かなり臭い 便の色は？ ・黒い ・こげ茶色 ・茶色 ・黄土色 ・黄色っぽい ・白っぽい	
現在行っている食事法などがあればご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください ・ない ・ある (脂質制限 / 糖質制限 / 地中海食 / 玄米菜食 / ゲルソン療法 / 断食療法 / マクロビオティック) (その他:)	
食事の時間についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください 朝食は？ () 時頃に () 等を (・いつも・時々・稀に) 食べる ・食べない 昼食は？ () 時頃に () 等を (・いつも・時々・稀に) 食べる ・食べない 夕食は？ () 時頃に () 等を (・いつも・時々・稀に) 食べる ・食べない 間食・夜食は？ () 時頃に () 等を (・いつも・時々・稀に) 食べる ・食べない	
食事の内容についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をご記入ください お米 (白米・玄米など) を食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない パン (食パン・菓子パン等) を食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない 小麦粉 (パスタ・うどん等) を食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない 野菜を食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない お肉 (牛・豚・羊・鶏など) を食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない お魚を食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない 卵や卵料理をよく食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 食べる (・ほとんど・全く) 食べない 加工食品や甘いものを食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 飲む (・ほとんど・全く) 食べない 牛乳や乳製品をよく食べますか？ (・毎食・毎日・たまに) 飲む (・ほとんど・全く) 食べない	
自宅で使用している油は何ですか？ あてはまる、または近いものに○をご記入ください ・バター/ラードなど動物性不飽和脂肪酸 ・ココナツ油/パーム油など植物性不飽和脂肪酸 ・オリーブ油/菜種油/ごめ油などオメガ9系一価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・コーン油/ひまわり油/紅花油などオメガ6系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・亜麻仁油/シソ油などオメガ3系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・その他 ()	
運動についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください 有酸素運動をしますか？ ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない 筋トレはしますか？ ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない 散歩等の軽い運動は？ ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない その他の運動は？ ・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない	
喫煙についてお聞きします。() の中にご記入または○をしてください 現在たばこを吸いますか？ ・1日 () 本位吸います ・吸っていません 過去の喫煙歴は？ ・なし ・ () 年前まで1日 () 本位を () 年間位吸っていました	
飲酒について あてはまる、または近いものに○をしてください アルコールは飲みますか？ (・毎食・毎日・たまに) 飲む (・ほとんど・全く) 飲まない 飲む場合、1回にどの位飲みますか？ (・一升以上・5合位・2合位・ほんの少し) 飲む	
睡眠についてご記入ください 平均睡眠時間 () 時間くらい () 時頃に寝て () 時頃に起きます 睡眠の質は良好ですか？ ・良好 ・普通 ・不良 睡眠薬や安定剤を服用していますか？ ・毎日 ・週に () 回位 ・たまに ・使わない 睡眠不足の日はありますか？ ・ある 月に () 日位 ・ありません	
ストレスについて あてはまる、または近いものに○をしてください 仕事や人間関係でストレスがありますか？ ・強いストレスがある ・少しある ・ほとんどない ・ない ゆうつな気分になる事がありますか？ ・いつも ・ときどき ・たまに ・めったにない ・ない	
親族についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください。 親兄弟・親族に心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病の方は何人位いますか？ ・いる () 人位 ・いない 親兄弟・親族にがんで亡くなった方は何人位いますか？ ・いる () 人位 ・いない	
※その他・特記事項：その他、連絡したい事項があれば、下記欄外にご記入ください。	