



海風診療所

umikaze clinic

<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ます、ご予約の日時を決定させていただきます。

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。

また、その後、脳幹活性療法を受けていただきます。(1時間程度)

脳幹活性療法とは、すべてのゆがみの原因は頸椎のゆがみにありという理論の元、現時点の頸椎のゆがみの程度を判定し、それをご自身の身体の重みを使って、ゆっくり矯正していく療法です。脳幹の機能を正常化し、自己治癒力を向上させることができます。

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となります。

◆お願い◆

- ・お薬手帳や最近の血液検査、健康診断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いただきます。
- ・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(脳幹療法代金)は16,000円(税抜)です。※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(10,000円(税抜))が発生致しますのでご了承ください。

◆お食事について◆

当院は食事指導・栄養指導も行っております。それに基づいたお食事を併設のカフェで食べていただくこともできます。(別途料金必要：1,340円(税抜)～)

お食事の有無も申込み用紙にご記入ください。食事ありの場合は人数もご記入ください。

お食事の内容はカムランチ(週替りランチ)もしくは、低糖質プレートからお選びいただけます。

ガン患者様向けのお食事(ケトン食：1,800円(税抜)・お茶付)は5日前までの予約が必要となります。

上記、ご確認の上、2枚目の申込み用紙をFAXまたは郵送で当院までお送りください。



記入日	年 月 日
(ふりがな) 氏名	(男・女)
生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	— — (携帯 — —)
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・中医カウンセリング・心理カウンセリング 脳梗塞リハビリ・鍼灸・自律神経免疫療法・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) : ~ :
お食事の有無	お食事なし・お食事あり (人数：カムランチ 人 低糖質 人 ケトン食 人)

目標

食事経過表

氏名

月/日	/	/	/	/	/	/	/
食事	朝						
	昼						
	夕						
	間食						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体脂肪	%	%	%	%	%	%	%
排便							
運動							
体調							
施術							
備考							