

セカンド・オーピニオン医師 無料紹介サービス申込書

当社提携の日本医療紹介機構による、セカンド・オーピニオン医師、医療機関の無料紹介をご希望の方は、必要事項をご記入後、下記までFAX送信してください。紹介する医師・医療機関が見つかり次第、自然療法研究会より営業時間内（平日10時～18時の間）に、折り返しご連絡いたします。

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|------------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|----|-------|
| 氏名 | _____ | 男・女 | (M・T・S・H | _____ | _____ | 生) | (| _____ | 歳) | | | | |
| 身長 | : | _____ | cm | 体重 | : | _____ | kg | 血液型 | : | _____ | 型 | 職業 | _____ |
| 電話 | _____ | _____ | _____ | FAX | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | |
| 住所 | 〒□□□□-□□□□ | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 病名 | _____ | /発病時期 | (| _____ | 年 | _____ | 月頃) |
| 現在の担当医 | _____ | 病院 | _____ | 科 | _____ | 医師 | _____ |
| 現在の病状・健康状態 | _____ | | | | | | |
| 現在服用中の薬（無・有 | _____） | | | | | | |
| 現在使用中の健康食品（無・有 | _____） | | | | | | |

【ご希望内容】

24 時間受付 FAX:050-3488-4080

【個人情報保護について】この用紙にご記入頂きました情報は厳重に管理し、健康相談以外の目的で使用すること、及び本人様の許可なく外部への開示・提供することは一切ございません。また記載情報は本人様からのお申し出により訂正・削除致します。