

初診の患者様へ

- 診療申込書・問診票を印刷、記入してお持ちくださいか、下記のアドレスにデータでお送りください。
メールアドレス : lukesashiya@gmail.com

～初診時にお持ち頂く物～
 保険証
 お薬手帳
 サプリメントを内服されている場合は内容が分かるもの
 これまでの検査データ
(採血、C T、大腸内視鏡検査、胃カメラ、バイオロジカル検査、健診結果など)

～お願い～
 キャンセル時は前日（前日が休診の際には前々日）までにご連絡をください
(当日キャンセルはキャンセル料が発生します)
 ルークスコースの場合、裸足で検査をしますので脱ぎやすい靴下でご来院ください
 お支払いの際に VISA / Mastercard カード、PayPay がご利用できます

初めて受診いただく前に、今お困りの症状について発症の経過や治療についても書いてください。特に難病等で経過の長い患者様については、通常ですと診察に相当の時間を要しますが、必要な情報を予めいただくことで、よりスムーズに診察を受けていただけます。効果的な治療を実施するため必要な情報ですのでご協力をお願いいたします。

※ご来院までに当院ホームページをお読みいただき、コンセプトのご理解をお願いいたします。

※問診票は次のページにあります。

●当院の診療について

当院では、腸内環境を整える治療を通じて様々な症状の改善を目指しています。
一部の治療は保険適用外となる場合がございます。この点について、事前にご理解いただけますと幸いです。

●検査についての事前確認

当院では、腸内環境をより正確に把握し、最適な治療方針をご提案するために、バイオロジカル検査（例：尿中有機酸検査、腸内フローラ検査など）を実施しています。これらの検査は保険適用外ですが、患者様一人ひとりに合わせた診断と治療を行うために非常に重要です。事前にご了承のほどお願い申し上げます。

●腸内フローラ移植について

当院では、腸内環境の改善が難しい場合には、腸内フローラ移植をご提案する場合があります。

当院は『一般財団法人腸内フローラ移植臨床研究会』に所属しており、同研究会が採用するウルトラファインバブル水を使った腸内フローラ移植（糞便微生物移植）を実施しています。この方法は患者様への負担が少なく、高い効果が期待されています。

この治療は保険適用外ですが、詳細は診察時にわかりやすくご説明いたしますので、どうぞ安心してご相談ください。

診療申込書

お名前	ふりがな				
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	
年齢	歳	身長	cm	体重	
性別	男 女	妊娠	有	無	
ご住所	ふりがな				
	〒				
電話番号					
携帯番号					
メールアドレス					
受診希望曜日	月 水 木 金 土				
この診療所をお知りになったのは？	1. 知人の紹介 (紹介者名：) 2. ホームページ・フェイスブック等 3. 看板・通りすがり 4. 当院スタッフの紹介 (紹介者名：) 5. 講演会等 (講演会名：) 6. チラシ・パンフレット				

問診票

● 今お困りの症状について

● その症状の経過

● これまでの治療内容

● 既往歴

(これまでに大きな病気をされたことはありますか？具体的に)

● 家族歴

(ご家族で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？具体的に)

● アレルギー歴

(アレルギーはありますか？具体的に)

● その他、院長に伝えておきたいことがあればお書きください。