

質 問 票 ※黒のボールペンでご記入ください

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	ご職業
お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)	
ご住所 〒		電話：	
		携帯：	
		FAX：	

■以下の項目にご記入ください。(記入したくない方は無記入でも結構です)

① 現在の 身長： cm 体重： kg

② 主な既往病名	発症年齢	治療経過 (内服・注射・手術等)	結果
1.			
2.			
3.			

③ 現病名、または困っておられる主訴・症状などについて (出来るだけ詳しく)

病名・症状

現在の対処法

服用中のお薬

特に指摘されている異常臨床検査データ

その他

④ 当施設をご利用される主たる目的は何ですか？

⑤ ご希望のコースは？ 月 日から 月 日 (泊 日)

⑥ 当施設をお知りになったきっかけは？

新聞・マスコミ 人づて 当所の入所経験者に聞いて パンフレット 当所の公開講座に参加して

⑦ その他、ご質問がございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。 お手数ですが、郵送かFAXにてお早めにご返送ください。
 ヘルスピア倉敷 〒712-8001 岡山県倉敷市連島町西之浦4141 FAX: 086-444-0886 (TEL: 086-444-0885)
 ◎採血による臨床検査をご希望される方には、手配させていただきます。
 ※質問票の内容によっては、断食スケジュールでご宿泊いただけない場合もございますので、ご了承ください。

■当施設は、お客様のプライバシーを尊重し、お客様の個人情報を大切に保護することを重要な責務と考えております。お客様の個人情報をご提供いただく場合、その目的にのみ利用するものとし、法令等に基づく正当な理由により要求された場合を除いて、お客様の同意なくお客様の個人情報を第三者に提供することはありません。