

# 【問診表】

平成 年 月 日記入

当研究所では、現代医療のみならず心身に負担のない自然治療（生活習慣改善を含む）に真剣に取り組んでいただける方にのみご返答を差し上げております。また、問診の受付はお一人様一回となっております。予めご了承ください。

問診を受けられる方	
ふりがな	生年月日
お名前	( 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日 生 才
ご住所	〒 電話番号 - -

①診断名
②現在の症状、ご相談内容をご記入ください

ご希望の返信方法 (○をおつけください) FAX ・ メール
上記希望の返信先 (FAX番号もしくはメールアドレス) をご記入下さい

ご相談される方 (問診を受ける方と同じ場合は、同上とお書きください)	
ふりがな	問診を受ける方との続柄
お名前	
ご住所	〒 電話番号 - -

**総合医療を普及する崎谷研究所 FAX 096-243-0802 (24時間受付)**  
※お電話の受付は行っておりません。

当研究所は問診者の方のプライバシーを第一に考え運営し、問診者の個人情報には厳正な管理の下で安全に蓄積・保管しております。当該個人情報は法律によって要求された場合、あるいは当研究所の権利や財産を保護する必要が生じた場合を除き第三者に提供することはありません。