

# 明神館がん相談フォーム

担当医：大田浩右  
光畑直喜

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 性別 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

相談者 本人 ・ 家族

病名： \_\_\_\_\_ 病期／ステージ： \_\_\_\_\_

発病からの経緯

---

---

---

---

---

---

---

---

持参される資料： \_\_\_\_\_

※ 資料不足の場合または検査ご希望の場合は当院で CT/MRI/心電図/採血などの検査を受けることができます。火曜日の場合は専門医の画像所見を説明します。

相談内容：ご希望の項目に○をつけてください 複数選択可。

- 1) ゲルソン食による体質改善療法
- 2) 低用量抗癌剤療法
- 3) 丸山ワクチン療法
- 4) 駆虫剤療法
- 5) メラトニン療法
- 6) 重曹療法
- 7) その他：筋肉療法、抗てんかん薬・抗精神病薬療法

相談日：セカンドオピニオンは原則火曜日午前です。

※ 土曜日午前ご希望の場合は大田浩右のみとなります。

返信 FAX 番号：(084) 927-0015

<問合せ先>明神館クリニック 予約担当：中川 TEL (084) 927-0011