

# CEAT用問診票

カルテ No. \_\_\_\_\_

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(ふりがな)	
氏名：	性別 (男・女)
生年月日：昭・平 年 月 日	年齢： 歳
住所 〒 -	
電話番号： ( )	携帯： ( )
※必ず連絡のつく連絡先をお願いします。	
ご家族連絡先： ( )	続柄：
滞在先：	
当院をお知りになったきっかけ：	
家族・知人 当院 (院内掲示・ホームページ・看板) 他院 (病院名 ) その他	

がん治療にあたり、あなたの基本情報についてお教えてください。

○いつ頃から、どこで、どのような治療 (入院、手術の有無など) を受けましたか？

○現在受けている治療はありますか？服用している薬やサプリメントも記載してください。

○他の代替医療は受けていますか？ など

{ 診断名 : }

(診断日: 年 月 日・病院名: )

治療内容；

- ① 『がん治療に苦痛と絶望はいらない』（講談社）  
『「がん活性消滅療法」という選択』（PHP 出版）  
の本をお読みにになりましたか？

はい・いいえ

- ② O-リングテストについて  
知らない・聞いたことがある・

受けたことがある（いつ？どこで？）

- ③ CEAT 療法について理解、納得されていますか？

はい・いいえ

※ いいえの場合は治療を受けることができません。

もう一度「がん治療に苦痛と絶望はいらない」をお読みください。

- ④ 5～10分程度、ひとりで立つことは可能ですか？

はい・いいえ

※ひとりで立つことができなければ当院での治療は行えません。

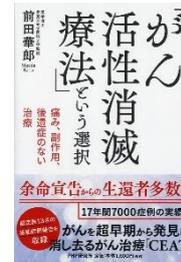
- ⑤ Oリングテスト、CEAT 療法、その他、確認したいことや不安な点があればご記載ください。

[Empty space for handwritten notes]

- ⑥ その他、過去にかかった病気を教えてください。

（いつ頃からか、病名・通院・入院・内服の有無など詳細にお書きください。）

[Empty space for handwritten notes]



O-リングテスト

※O-リングテスト、CEAT 療法を希望される方は、あらかじめ本（がん治療に苦痛と絶望はいらない：講談社）をお読みになり、また CEAT 学会のホームページをご覧くださいようお願いいたします。

※ペースメーカーを挿入されている方は治療を受けることができません。

※現在妊娠中の方、または妊娠している可能性のある方も、診察の際、必ず医師に申し出てください。

※O-リングテスト、治療を受けていただく際は、金属類（ベルトや時計、貴金属、IC カード等磁気の入っているもの）は外していただきます。

※診断、治療がスムーズに進み、一人でも多くの方が CEAT 療法を受けることができるよう、ご協力をお願いいたします。