

入院申込書 (アトピー患者さん用)

入院前に 病状やご希望を予めお伺いし 喜んでいただけるケアを提供できればと思います。
ご面倒ですが ご記入くださるようお願い致します。ご記入後、郵送またはファクスにて送付ください。

記入日 H 年 月 日

| | |
|---------|---------|
| お名前 | |
| 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 電話番号 | ご自宅 携帯 |
| 住所 | 〒 |
| メールアドレス | パソコン 携帯 |

病歴 いつごろ発病しどのような治療を受けどのような経過でしたか

- 1 現在まで受けた治療は何ですか
(漢方治療 西洋薬の内服治療 非ステロイド軟こう ステロイド軟こう ステロイド内服 紫外線療法)

その他 何かお試しの療法がありましたらお書きください。

- 2 今までに 健康食品の使用された事がありますか (ある ・ ない)

- 3 心の状態とアトピーの発症に関連がある事はご存じでしたか (はい ・ いいえ)

- 4 最近ストレスを感じていましたか (ある ・ ない)

ご自分で発病前に感じていたストレスがあったらお書きください

5 カウンセリング等の心理療法を希望されますか
(希望しない できれば受けたい サイモントン療法を含めた本格的なC室コースを希望する)

6 アトピーに対する 食事療法は何か行っていますか (はい ・ いいえ)

7 大好きな趣味や生きがいを感じる事がありましたらお書きください

8 マコモ入浴療法についてご存じですか
(試した事がある 以前から試したいと考えていた 聞いた事はある 全く知らない)

9 今回の入院でどういう事を期待していますか いくつでも選択して下さい
(アトピーを治したい 精神的安らぎが欲しい 人生を見つめなおしたい 食事療法を学びたい
性格を変えたい 自然に接したい) その他

10 今回の入院について ご家族は 了解されていますか?
(全面的に賛成 ・ 同意はしてくれている ・ 反対はしない ・ 反対だが了解 ・ 反対)

11 生命保険には加入していますか (はい ・ いいえ)
今回の入院でも生命保険を利用したいと考えていますか (はい ・ いいえ)

12 マイカーで来られて 入院の間 駐車されますか? (駐車料金1日100円が必要になります。)
(はい ・ いいえ)

何かご質問や不安な点がございましたらお書きください。

入院期間 いつからいつまでを希望されますか
(本格的なマコモ療法を希望されるアトピーの方は3ヶ月が目安です)
食事療法やマコモ療法を試したいというかたでも1ヶ月は必要です
予約状況によっては希望日に入院できない事もあります。その際はご連絡致します。

平成 年 月 日 ～平成 年 月 日

当院 到着時間は できれば 9時～11時でお願いしたいのですが都合が悪い場合は
事前にご相談ください。入院の際に必要な物品はホームページでご確認ください
この申込書が当院に到着しましたら3日以内にメールあるいはお電話でご連絡をとらせていただきます。
連絡がない場合はご面倒ですがお電話ください。 ご質問メールは futyou@nc-21.net です。