

入院申込書（アトピー患者さん用）

送信先 Fax 0577-37-7065

当院では、入院をお考えの患者さまには外来診察前に予め詳しい病状やご事情、希望をお伺いしています。患者さまそれぞれのご事情を理解した上で最適なケアを提供できればと思いますので、ご面倒ですがプリントアウトして記入・提出（FAX 送信）をお願いいたします。

なお、以下の記入項目は、当院ホームページの申し込みフォームと共通です。申し込みフォームからは、アンケート形式で簡単に送信することができます。
※本書を提出したことによって入院が確定するものではありません。

記入日 令和 年 月 日

(フリガナ) お名前			
生年月日	和暦	年 月 日生	(歳 既婚・未婚)
性別	男 ・ 女	身長	(cm)
電話番号	自宅	携帯	
住所	〒		
メールアドレス			

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？
なるべく詳しく記入し、書ききれない場合は別紙としてください。

1. 現在までに受けた治療について ※当てはまる項目に○をつけてください。

ステロイド・プロトピック軟膏の使用経験はありますか？

(今までに使用経験がない ・ 過去に使用した事がある ・ 現在も使用している)

その他の治療

(漢方治療 ・ 西洋薬の内服 ・ 非ステロイド軟こう ・ 市販軟こう ・ 免疫用製剤内服／注射)

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. 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)

3. 最近ストレスを感じていましたか？ (はい ・ いいえ)

発病・悪化前に感じていたストレスがあればご記入下さい。

18. 入院する上で、入院費が障害となる可能性はありますか？

(問題なく支払える範囲である ・ 入院期間を考える必要がある ・ 短期でないと難しい)

19. 生命(医療)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(医療)保険を利用したいと考えていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は保険会社、保険名、加入日をお書きください。

会社名：

保険名：

加入日：

過去の入院でその保険を利用した方は、病名と利用日をお書きください。

病名

利用日

20. ご家族は何人でお住まいですか？ (人) その内アトピー症状がある方 (人) ※本人含む

21. 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 ・ これから相談する ・ 反対はしない ・ 反対されている)

22. 現在、皮膚に関する症状以外で、医療機関を受診なさっていますか？

はい (診療科目： 科・主な病名：) ・ いいえ

23. 入院期間中、マイカーを当院駐車場に駐車されますか？ (駐車料金 1 日につき 100 円申し受けます。)

(はい ・ いいえ)

24. バイオ入浴は、健康保険で認められた治療法ではなく、あくまでも患者さんご自身の選択により行う皮膚のケア方法です。入院患者さんは、バクテリアを含む入浴剤を自費で購入したうえで、当院の入浴施設や隣接のレンタル風呂を利用し、個人の責任と判断で使用するシステムになっている事を了解して頂けますか？

(はい ・ いいえ)

※レンタル風呂は、患者さんご自身が(株)ネイチャーサポートと契約を結んだ上で使用いただくものです。

その他、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。

入院期間はいつからいつまでを希望されますか？大まかな希望でも構いません。

(なるべく早く ・ 令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

本格的な入院治療を希望される方は、2カ月間程度の入院が目安ですが、重症アトピーの方は3カ月程度となる場合もあります。長期入院が困難な方はご相談ください。なお、予約状況等によっては希望日に入院できない事もありますのでご了承ください。

この申込書のすべての事項に記入いただきましたら、下記の宛先までお送りください。

送信先 Fax 0577-37-7065