

入院申込書（アトピー患者さん用）

Fax 0577-37-7065

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ので、ご面倒ですがご記入のくださるようお願いいたします。

用紙にプリントアウトして記入し、FAX、郵送、メール添付のいずれかでご送信ください。

なお、この申込書は、当院のスマートフォンサイトから、アンケート形式で送信いただくことも可能です。

記入日 年 月 日

| | |
|---------------|--------------------|
| (フリガナ) お名前 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (歳 既婚・未婚) |
| 性別 | |
| 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 ・ 免疫用製剤ステロイド内服)

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. 今までに健康食品は使用された事がありますか？ (はい ・ いいえ)

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？ (はい ・ いいえ) 発病前に感じていたストレスがあればご記入下さい。

5. 飼育しているペットはいますか？ (はい ・ いいえ) はい の場合はペットの種類・数をご記入書下さい。

6. 強い食物アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ) はい の場合はその食品名をご記入下さい。

7. カウンセリング等の心理療法を希望されますか？ (本格的に希望する ・ できれば受けたい ・ 希望しない)

8. 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）

9. 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。

10. 現在の就業状況はどうですか？（一般：通常どおり勤務している・現在は休職中・就業していない）
（学生：通常どおり就学している・休みがち・休学中）

入院にあたり、勤務先や学校へ診断書を提出する必要はありますか？（はい・いいえ）

傷病手当は利用しますか？（はい・いいえ）

※退院後に継続して傷病手当を申請するには、最低でも一ヶ月に一回以上の受診が必要です。

11. 当院の存在はどこでお知りになりましたか？

（本や雑誌・インターネット検索・ホームページで・ブログを読んで・知人の紹介）

ブログの場合どなたのブログかお分かりになれば、教えてください。【
さん】

12. 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・農作業を経験したい）その他

13. BSC（パチルス入浴ケア）についてはご存知ですか？

（全く知らない・現在行っている・幾分の予備知識はある・当院ホームページの説明をよく読んだ・
経験者を知っている【
さん】）

14. 入院治療で症状が改善し退院した後も、BSCは自宅で継続する必要があることはご存知ですか？

（はい・いいえ）

15. 退院後、自宅でBSCを継続することは可能ですか？

（はい・いいえ・家族の同意がまだ得られない・何らかの改修が必要）

16. お住まいの形態と、お風呂の給湯方法をお聞かせ下さい。

● 持ち家（分譲を含む）・賃貸 ● 一戸建て・マンション・アパート・その他
● オール電化（自動お湯張り）・ガス（追い炊き 有 無）・電気温水器・その他

17. 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）

18. 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

19. 同居ご家族の人数を教えてください。(人) その内アトピー症状がある方 (人) ※本人除く

20. 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 ・ 反対されている)

21. 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

22. 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)

23. バチルス入浴ケアは、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、Bacillus SPA (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 ・ 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。当院に到着しましたら担当者からお電話を差し上げ、詳細の説明と打ち合わせをさせていただきます。また、ご不明な点につきましては、電話または E-mail にてお問い合わせください。

なお、入院当日は、13 時頃に当院へ到着頂きたいと思いますが、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、ホームページや入院決定後にお渡しする案内用紙でご確認ください。

郵送先 〒506-0059 岐阜県高山市下林町 517-6 ナチュラルクリニック 21

FAX 0577-37-7065 (Tel 0577-37-7064)

メール添付での送信先 uketuke@nc-21.net スキャンして PDF で添付してください