

こちらを参考にさせていただきましたら幸いです。英文のフォームに英語で記入をお願いします。

お客様健康調査票

この調査票にご記入いただいた情報をもとにザ・ファームの医師が各お客様個別のプログラムを作成いたします。

姓:	名:	職業:
人種:	血液型:	婚姻の状態:
生年月日:	年齢:	身長:
電話番号:	メールアドレス:	
国籍:	居住国:	
性別:	体重:	

健康について気になることが何かありましたらお書きください。
過去6ヶ月間に経験した病気や症状、不調がありましたらお書きください。
過去6ヶ月間に服用した薬をあげてください。ビタミン剤やサプリメントも含みます。
過去2年間に手術を受けたことがありますか？ ある場合、その理由と手術の行われた日付をご記入ください。
今までにハイドロセラピーやその他の腸内洗浄をしたことがありますか？ ある場合、行った日付と場所(施設名と国名)をご記入ください。
最長でどれくらいの期間滞在できるかお書きください。 お客様の健康状態や設定している健康目標とともに、お客様が仕事や家族から離れることのできる期間も考慮の上、メディカル・スタッフがプログラムの長さを決定します。
アレルギー(薬、ビタミン、ミネラル、ハーブ、食物など)や食物過敏症がある場合は詳しくご記入ください。 スパの際に考慮が必要です。ココナツ・オイルに対する皮膚アレルギーがありますか？
葉巻やタバコを吸いますか？頻度は？
お酒は飲みますか？頻度は？
CIGNA メンバーもしくはカードホルダーですか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
ザ・ファーム滞在を最大限に活用させていただくために、何か他に気になること、付け加えておきたい情報などありましたらお書きください。



- * 医師とのカウンセリングと身体チェック後に事前に申請いただいていない健康問題が見つかった場合は、最善を期すため、**お客様にご承認**いただいた上でプログラムの内容を変更することがあります。
- * 事前予約いただいたプログラムに含まれない追加のサービスには料金が発生します。
- * ご記入いただいたこのフォームをメールで送る際は、thefarm@zazatt.ne.jp までお願いいたします。

プログラム同意規約

この書面は、フィリピン共和国、バタンガス、リパ・シティ、バランガイ・ティパカン 119 に位置するザ・ファーム(以下 “ザ・ファーム” と記す)に滞在中のお客様に同意いただく規約を記したものです。ザ・ファームの意図するところは、身体的また精神的、心理的にもよりよい健康を得られるよう考えられた斬新なセラピーをお客様に提供することです。提供するサービスや商品には、教育プログラム、ロー・フードやリビング(高酵素)・フードの他、一般的なフィットネスやエクササイズ、マッサージ、ライフスタイル・コーチングなども含まれます。ザ・ファームのメディカル・スタッフがお客様個々に説明の上、以下の条件で署名いただいたサービスや商品を以下“プログラム”と称します。以下の条件で署名し、ザ・ファームのサービスや商品を購入予定の方、また購入された方を以下“お客様”と称します。

A. 浄化と栄養プログラム

1. ザ・ファームではホリスティック医学、代替医学、自然療法を行っていることを理解しています。ザ・ファームで提供される教育は、身体浄化によって健康を改善し、栄養面でも質の高いライフスタイルを実践することで最良の健康を維持するためのものです。
2. ザ・ファームでサービスとして提供される修養法や療法は厳密には臨床学でないことを理解しています(従来多くの施設で行われる二重盲検法による試みとみなされているものです)。ザ・ファームで学んだ修養法を行った結果として、自身の健康について何らかの要求や保証を求めるものではありません。
3. 自らの自由な意志で自発的にプログラムに参加したので、健康のための修養法を学ぶ決定についても、プログラム参加に伴ういかなる危険にも、自身で全責任を負うことに同意します。プログラムに直接的または間接的に関連して起きたかどうかにかかわらず、プログラム実施中または終了後に起きたかどうかにかかわらず、その結果に関してザ・ファームは何ら責任を負うものではありません。
4. プログラム参加を決めるにあたり、デトックス(腸内洗浄)や食習慣、ライフスタイルの変化の過程で不快なことを伴う場合があることを理解しています。プログラム実施中に不快感、心配が生じた場合、またそのような兆候や症状が現れた場合は、ザ・ファームのメディカル・スタッフに通知することに同意します。
5. セラピーや治療法に関するガイダンスは、ザ・ファームのメディカル・スタッフからのみ受けるものだというを理解しています。
6. プログラムの効果を最大限に活かすためには、プログラムに応じた行動をし、健康に関して積極的に物事を受け入れる気持ちを持つことが必要で、その気持ちがなければプログラム最良の結果を得られないことを理解しています。
7. ザ・ファームには介護の必要がある人は宿泊できません。今回そのようなケアを要求することはありません。
8. ザ・ファーム滞在中に緊急に医師の診察を受ける必要が生じた場合、速やかにザ・ファームのメディカル・スタッフに知らせます。またそのスタッフが健康を守るためにはザ・ファームを離れた方がよいと判断した場合には、その指示に従ってザ・ファームを離れることに同意します。その際必要となる緊急搬送、緊急診療の費用の一切において、ザ・ファームが責任を負わないことに同意します。

B. 一般

1. ザ・ファームが金銭、宝石その他の貴重品や個人の持ち物の紛失、損害についていかなる責任も負わないことを了承します。
2. プログラムに付随するガイドラインやザ・ファームのメディカル・スタッフの指示を守り、従うことを怠った場合、ザ・ファームにプログラムを終了する権利があることを了承し、同意します。
3. プログラムに付随するガイドラインやザ・ファームのメディカル・スタッフの指示を守り、従うことを怠ったことにより、ザ・ファームがプログラムを終了した場合でも、プログラムが完了しているかどうかにかかわらず、ザ・ファームが発行した請求書通りに全ての支払いを行うことを了承し、同意します。

上記の規約を読んで理解した上で同意したものと認めます。ザ・ファームおよびザ・ファームが提供するサービス、商品、プログラムに対して、またザ・ファームから受ける、購入するあらゆるサービスについて、法的訴訟を起こす権利を放棄することをここに自ら同意します。

お客様
(印字名の上に署名)

日付

書類の記入にご協力いただきありがとうございました。お客様のプログラムが決まり次第、電話もしくはメールでご連絡いたします。皆様のお越しをお待ちしております。