

# お客様健康調査票

The information you provide by completing this questionnaire will allow our medical doctors to define your personal program here at The Farm.

姓：	名：	職業：
人種：	婚姻：	性：
生年月日：	年齢：	身長：
電話番号：	メールアドレス：	
国籍：	居住国：	

1. あなたの滞在目的のうち、最もあてはまるものにしるしをつけてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・リラックスしてくつろぎたい。一人で静かに過ごしたい。</li> <li>・より健康的な生活を送るために必要な方法に興味がある。</li> <li>・健康を脅かすような、もしくは生活の質をおとしかねないような問題や病気を抱えている。その問題や病気を正すためのサポートを求めている</li> <li>・ザ・ファームが行っていることをすべて体験したい。</li> </ul>
2. 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。
3. ザ・ファーム滞在におけるあなたの目標は何ですか？
4. 過去6カ月の間に現れた気になる症状や不調がありましたらお書きください。
5. 過去6カ月の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まます。
6. 過去 2 年間に腹部やその他外科手術を受けたことがありますか？ ある場合は、その理由と手術の行われた日付をご記入ください。
7. 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？ ある場合は、行った日付と場所(施設名、国名)をお書きください。
8. 最長でどれくらいの期間滞在できるかお書きください。メディカル・スタッフは、お客様の健康状態、健康目標とともに、お客様が仕事や家族から離れて いられる時間も考慮の上、プログラムの長さを決定します。
9. アレルギーがある場合は詳しくご記入ください。
10. 葉巻を吸いますか？ 頻度： 本/ または 箱/ 箱一日につき
11. お酒を飲みますか？ 頻度？
12. 一日に何回食事をしますか？ 間食はしますか？
13. あなたのストレスの要因となっているものがあればお書きください。
14. ザ・ファーム滞在を最大限に活用していただくために、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。
15. ザ・ファーム・アット・サン・ベニートでは個別プログラムの他にも多種多様なサービスをご提供しています。以下のサービスの中で滞在中利用してみたいものがありましたら、しるしをつけてください。  統合医学(カウンセリング、デジタル・メリディアン・スキャン、顕微鏡による血中栄養検査) ボディ・トリートメント(マッサージ、ボディ・スクラブ、ハーブ・ラップ、他) デトックス(ハイドロセラピー、ウィートグラス注入、肝臓浄化、他) エクササイズ(ヨガ、個人トレーニング、パワー・ウォーキング、他) ヒーリング・エナジー(鍼、レイキ、副交感セラピー、他) メタフィジカル・サービス(直観的カウンセリング、タロット・カード占い、他) 食物関連(栄養士によるカウンセリング、実験評価、遺伝子学、メニュー立案、健康的な体重を知る、他) アウトドア・アクティビティ(ゴルフ、釣り、他) キッズ&ティーン向けサービス(17歳以下)

# 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、リバ・シティ、バランガイ・ティパカン 117 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・フード(高酵素)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養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な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、心配事が生じた場合、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ことを理解しています。
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どお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。

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。