

mika moon
colon hydrotherapy

15-2686 Oopu St.
Pahoa, HI 96778
(808)785-0720

moonwatercolonics@gmail.com

Date [日付]: ___ / ___ / ___

Name [名前]: _____

Email [Eメール]: _____

Address [住所]: _____

Home Phone [電話番号]:(____)_____ Cell Phone [携帯番号]:(____)_____

Height [身長]:_____ Weight [体重]:_____ Date of Birth [誕生日]: ___ / ___ / ___ Age [年齢]: _____

Occupation [仕事]: _____

Referred by [紹介者]: _____

Are you under a medical provider's care? [現在病院にかかっていますか?] Yes_ No_

Provider's name [病院名]: _____

If you are taking prescription medicines, list them below [現在服用している薬]:

Emergency contact [緊急時の連絡先]: _____

Relation [緊急連絡先との関係]: _____ Phone [緊急連絡先の電話番号]:(____)_____

Allergic to latex or other:

[ラテックスゴム製品かその他のものにアレルギーがある]:

Please check()all that apply [当てはまる項目にチェックしてください]:

Bladder Infection [膀胱炎]

Constipation [便秘]

Rectal/Blood in Stool [便中の出血]

Bloating [お腹の張り]

Diarrhea [下痢]

High Blood Pressure [高血圧]

Use of laxatives [軟下剤の使用]

Hemorrhoid-internal [内痔]

Hemorrhoid-external [外痔]

Last Menstrual Period [最後の生理日]

Vomiting [吐き気]

Burning/itching anus [肛門のかゆみ]

Recent Colonoscopy [大腸内視鏡検査]

Painful or difficult bowel movements [排便時の痛みや苦しさ]

If you have an infectious disease, please specify [感染症がある場合は、その詳細を明記してください]:

Other その他 : _____

What is a contraindication? A contraindication is a specific health condition in which a drug, procedure, treatment or surgery is inadvisable, as it may be harmful to the health of the patient contraindications -

Please check (☐) and Date if ever had any of the following:

禁忌症とは:

禁忌症とは薬、処置、治療や手術などを療法をおこなってはいけない病気や症状です。

適応する病気や症状がある場合は、チェックマークと発症した年月日を記入してください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abdominal Hernia [腹部ヘルニア] | <input type="checkbox"/> Abdominal Surgery [腹部の手術] |
| <input type="checkbox"/> Abnormal Distention [異常な膨張感] | <input type="checkbox"/> Acute Liver Failure [急性肝不全] |
| <input type="checkbox"/> Anemia [重度の貧血症] | <input type="checkbox"/> Colitis [大腸炎] |
| <input type="checkbox"/> Cardiac condition [心臓系疾患] | <input type="checkbox"/> Crohn's Disease [クローン病] |
| <input type="checkbox"/> Dialysis Patient [人工透析患者] | <input type="checkbox"/> Diverticulitis [憩室炎] |
| <input type="checkbox"/> Fissures & Fistulas [亀裂&瘻孔] | <input type="checkbox"/> Hemorrhaging [大量出血] |
| <input type="checkbox"/> Cancer: List types [癌：癌の種類を明記下さい] | |
| <input type="checkbox"/> Aneurysm: All types [動脈瘤各種] | |
| <input type="checkbox"/> Hemorrhoidectomy [痔核切除] | |
| <input type="checkbox"/> Intestinal Perforations [腸管穿孔] | |
| <input type="checkbox"/> Lupus [狼瘡 (種々の皮膚のびらんや疾患が特徴)] | |
| <input type="checkbox"/> Pregnant, Due Date ___ / ___ / ___ [妊娠 予定日] ___ / ___ / ___ | |
| <input type="checkbox"/> Rectal/Colon Surgery [直腸/大腸手術] | |
| <input type="checkbox"/> Renal Insufficiencies [腎機能不全] | |

Are you taking medications that may weaken intestinal walls or have you recently taken any of the following? (Please circle)

- Anti-inflammatory and arthritic drugs, such as

Aspirin	Aleve(Naproxen)	Advil(Ibuprofen)	Celebrex	Dolobid	Orudis
Relafen	Feldene	Voltaren	Indocin	Clinoril	
Tolectin	Lodine	Toradol	Daypro	Prednisone	
Methotrexate					

- Heart meds such as

Warfrin	Digoxin	Carvedilol	Coreg	Plavix
---------	---------	------------	-------	--------

- Statin meds such as

Lipitor(Atorvastatin)	Zocor	Lescol	Mevacor	Pravachol
-----------------------	-------	--------	---------	-----------

- Diuretics such as Lasix(Furosemide)

Please list any other medications [現在服用している薬があれば、明記してください]:

I have NOT been diagnosed with any contraindications for colon irrigation [上記の禁忌症はありません。]

クライアントのイニシャル]: Client's initials x_____

READ and INITIAL:

I am aware that colon irrigation and enema device centers have a Licensed Medical Director that may NOT be on site. The trained therapist does not insert, diagnose, prescribe and does not cure or treat any condition or disease. I am also aware that adverse events such as perforation, injury and illness have been alleged and claimed with the use of colon irrigation and enema devices. I am responsible for my own insertion in privacy; if I experience resistance during my insertion, I will immediately stop my session. If during the session I experience pain, I am responsible for immediately stopping my session.

私は、腸内洗浄を行う施設において、医師が常駐していないことを了承しています。

トレーニングされたセラピストが、ノズルを入れないこと、診断しないこと、処方しないこと、そして病気や症状を治療しないことを了承しています。

また、腸内洗浄の器具の使用により、まれに穿孔、怪我、病気などの症状が起こることも承知しています。

私はノズルを挿入することに対する責任があり、挿入時に不具合があった場合は直ちに

セッションを中止します。セッションの間に痛みなどの不具合があった場合は、私自身がセッションを直ちに中止する責任があることを理解しています。

MUST GIVE A 24 HOUR NOTICE ON ALL CANCELLATIONS, A FEE WILL APPLY.

キャンセルには 24 時間以上前の通知が必要です。24 時間以内のキャンセルにはキャンセル料金が発生します。

I have read and understand my responsibilities for the colon hydrotherapy session.

上記の全てを読み、腸内洗浄に対する私の責任を理解しました。

Client's Initials [クライアントのイニシャル] X _____

I have reviewed and discussed with the LIBBE Device Trained Therapist that I do not have any Contraindications or any Health Concerns and I wish to proceed with my colon hydrotherapy sessions.

私は LIBBE 腸内洗浄器具を取り扱うセラピストと話し合い、上記の禁忌症や健康上の懸念がないことを合意した上で、腸内洗浄を行うことに合意します。

CLIENT SIGNATURE [クライアントのサイン]

DATE [今日の日付]

___/___/___