

腸育養生プラン確認事項・注意事項

ご予約前に以下をご確認いただき、すべての事項に同意された上でご予約ください。

現在、罹患中、もしくは薬を服用中の方は事前にご相談ください。
弊社担当医師に確認し、場合によってはご参加いただけない場合もございます。
何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。

1. 宿泊プラン実施にあたっての健康状態について

以下に該当する方は、当プランはご利用いただけませんので、予めご了承ください。

- 悪性腫瘍で化学療法中の方・糖尿病でインスリン注射をしている方
- 3-6 ヶ月以内に脳卒中・心筋梗塞などを起こしたことがある方
- BMI 18 以下の方 BMI = 体重(kg) ÷ { 身長(m) × 身長(m) }
- 18 歳未満の方、75 歳以上の方
- 妊娠中・授乳中の方
- 1 年以内に内臓に係る手術をされた方 (詳しくはご相談ください)
- 摂食障害で拒食症・過食症の方
- 当プラン参加にご不安を感じている方 (詳しくはご相談ください)

※体調管理について

当プラン参加中、今までに経験のない異常な疲労感や、頻脈・動悸・胸の痛み、その他の異常感を感じた場合は速やかにハリアップまたはホテルフロントまでご報告下さい。実施を中止することがあることを予めご了承ください。

2. 当プランご参加についての確認事項

当プランは日本語でのコミュニケーションにて行います。

当プランの効果の感じ方には個人差があります。L・Kメディカル株式会社は、当プラン参加による何らかの効果を保証する物ではありません。

当プランにおいてL・Kメディカル株式会社から提供される情報は、お客様の判断、意思に基づき利用されるものとします。

当社は、当プランへの参加中におけるお客様の健康状態を管理するものではありません。お客様ご自身で健康状態を管理していただき、当プランの参加中に体調不良その他健康上のトラブルが生じた場合は、お客様ご自身の責任となります。

お客様が本書に記載する注意事項または確認事項に違反した場合、当社は、当プログラムの提供を停止または中止することがあります。この場合、当社は当プランに係る宿泊費用の全部または一部の返金は致しかねますことを、ご了承ください。

L・Kメディカルおよびホテルの責に因らない事情により、急遽、プログラムの内容を一部変更・中止させていただく可能性がございます。この場合であっても、当プランに係る宿泊費用の全部または一部の返金はいたしかねますことを、ご了承ください。

個人情報の保護

お客様の同意なくして、その他の第三者に提供されること、もしくは開示されることは一切ありません。ただし、お客様のプライバシーを保護した上で、得られた結果を統計の為に利用させていただくことはあります。

当プランは下記、測定を含むプランとなります。

- ・ 血糖トレンド測定
- ・ AGE_s 測定
- ・ ミネラル&有害金属測定検査
- ・ 腸内 DNA 検査

アプリのダウンロードや使用に伴う通信費用については、お客様ご自身の負担となります。当社は通信費用に関する責任を負いません。ご利用の際は、通信料金に関するご契約や制限事項を事前にご確認ください。

当プランに於いて提供されるプログラムは、ご案内するスケジュールに基づいて提供いたします。スケジュールの変更は致しかねますことをご了承ください。お客様のご都合により得られなかったサービスについて、全部または一部の返金は致しかねますことをご了承ください。

3. 検査について

当プランで使用する血糖トレンド測定、並びに腸内 DNA 検査はお客様ご自身で装着もしくは採取し、ご提出いただきます。装着もしくは採取は、お客様ご自身の責任で行うものとします。

測定機器使用の有無にかかわらず、当プランに係る宿泊費用の全部または一部の返金は致しかねますことをご了承ください。

血糖トレンド測定器 (FreeStyle リブレシステム) は、高度管理医療機器です。測定結果により医師の指示なく薬剤の投与量を変更しないでください。

4. お問い合わせ

運営会社 (L・Kメディカル株式会社) の対応可能時間は、平日 10:00~18:00 までとなります。日曜、祝日はお休みをいただいておりますのでご了承ください。

上記の内容に同意し、プログラムに参加致します。

-----同意確認-----

- 私は、現在の健康状態を事前の問診で正確に回答します。プログラム中の体調も全てスタッフに正確に伝えます。自分自身の健康増進を図るため自らの意志をもってスタッフの指示のもとプログラムを受けることを誓約します。
- 私は、活動中に発生した事故、ケガについては、加入する保険の補償範囲内のみで対応し、それ以外は一切責任を問いません。

私は、上記の内容に関して十分な説明を受け、理解いたしました。

はい

いいえ

ご署名：

【お問い合わせ先】 L・Kメディカル株式会社 TEL：03-6459-0040
