

## <ホメオパシー質問票>

郵送・FAXで返信される方はいずれかに○をしてください。

1、直接相談（電話による）ご予約日… 月 日 先生

2、通信相談

※黒色のボールペンでご記入下さい。

記入日：

(フリガナ) 氏名：	男・女	年齢：	生年月日：西暦	年	月	日
(フリガナ) 住所：(市区町村まで)：		都・道・府・県			市・区・町・村	
職業：	出生体重：	g				
現在の身長：	cm	体重：	kg			
家族構成：			出生地：			

1. 主訴（身体的・精神的に困っていることなどをご記入下さい）

一番つらい順番にお書きください。

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

2. 具体的内容（いつから・どのような経過を経てきたかなどをご記入下さい）

3. 今までに受けた治療・セラピー

4. 今までに内服・外用していた薬、今でも使用している薬（他、サプリメントなど）

## 5. 健康状態

頭：	腎臓：
顔：	胃：
耳：	小腸：
目：	大腸：
鼻：	背中：
口：	腰：
喉：	膀胱：
肩：	肛門：
腕：	尿：___回／1日 色：___ におい：___
手：	便：___回／1日 便秘、下痢状、普通、他
肺：	脚：
心臓：	足：
肝臓：	生殖器
その他：	
生理周期：___日 経血の色：___ 血の塊：___ におい：___	
生理痛：___ おりもの：___ 不正出血：___	

## 6. 発育状況（母乳・粉ミルク・歯・ハイハイ・歩き出し・しゃべり出しなど詳しく）

### 7. 子供のかかる病気（かかったものに○をして下さい）

ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・ハシカ・風疹・日本脳炎・天然痘・コレラ・  
インフルエンザ・水ぼうそう・おたふくかぜ・その他（\_\_\_）  
何もかかっていない

※どの病気がひどかったですか？また、それはどのようなようになったのですか？

8. 予防接種歴（接種した月齢と接種後に体調の変化があったものについてご記入ください）

記入例）

	接種月齢	接種後の変化
B.C.G.	5 か月	特になし
インフルエンザ	6 歳～12 歳まで毎年	接種後に腫んだ
日本脳炎	×	

予防接種歴

	接種月齢	接種後の変化
BCG		
DPT（三種混合） ジフテリア、百日咳、破傷風		
MR		
はしか		
風疹		
おたふくかぜ		
日本脳炎		
水ぼうそう		
インフルエンザ		
天然痘		
ポリオ		
コレラ		
その他（ ）		
その他（ ）		

9. 子供時代の大病（扁桃炎・中耳炎・ぜんそく・肺炎・自家中毒など）

10. 事故・けが

11. 手術

12. 伝染病（マラリア・結核など）

13. 家系の病歴

母→	父→
母母→	父母→
母父→	父父→
本人の兄妹	その他特記すべきこと

#### 14. 体質

①好きな食べ物：

嫌いな食べ物：

②好きな季節・天候：

嫌いな季節・天候：

③元気な時間帯：

④アレルギー：

⑤就寝時間：

起床時間：

※該当する項目に○をして下さい。

⑥熟睡できる・熟睡できない・わからない

熟睡できない理由…

⑦夢を見る・夢を見ない・わからない

夢の内容…

⑧汗をよくかく・汗をあまりかかない・わからない

どのように汗をかくか…

⑨水分をよくとる・水分をあまりとらない・わからない

理由…

⑩きつい服は好き・嫌い・わからない

理由…

⑪山が好き・海が好き・どちらも嫌い・わからない

理由…

⑫運動が好き・運動は嫌い・激しい運動が好き・踊るのが好き・わからない

理由…

どのような運動が好きか…

⑬太陽が好き・嫌い・まぶしい・発疹が出る・その他（

）

- ⑭月が好き・嫌い・落ち着かない・その他 ( )
- ⑮体は暖かい・冷たい・部位によって違う・わからない
- ⑯異常感覚・知覚 (例.人の声が聞こえる、体中を風が吹き抜ける、常にすっぱい味がする etc.)

15. ショックを受けた事・パニックに陥った事 (具体的にご記入下さい)

16. 恐怖症・怖いもの (具体的にご記入下さい)

17. 性格

- ①子供時代…
- ②現在…
- ③人からどう思われているか…
- ④ストレスを感じる事…
- ⑤腹が立つ事…
- ⑥心配・不安な事…
- ⑦一番大切な事…

⑧落ち込んだ時はどうするか…

⑨趣味…

⑩今一番したい事…

⑪どんな自分になりたいか…

⑫一番好きな場所に家を建てるとしたら…

⑬アルコール： ml / 1日                      タバコ： 本 / 1日

※該当する項目に○をして下さい。

⑭よく泣く・人前でも泣く・泣かない・わからない

⑮楽天的・悲観的・わからない

⑯音楽の影響を受ける・受けない・わからない

理由…

好きなジャンル…

⑰入浴は好き・嫌い・わからない

理由…

⑱物覚えは良い・悪い・わからない

⑲物事をテキパキとできる・できない・わからない

理由…

⑳きれい好き・嫌い・わからない

理由…

18. その他（現在の家庭・生活環境。他に何かありましたらご記入下さい）

19. 病歴及び大きな出来事【薬歴・薬歴（予防接種、経口薬、塗り薬など）】

妊娠前：両親の心理状況、ショック、事故、薬歴、サプリメント歴等

母：

父：

妊娠中：母の病歴、心理状況、ショック、事故、薬歴、サプリメント歴、家庭環境等

出生／0才：出生体重\_\_\_\_\_g 母乳 または ミルク

： 出生時に行なった検査、使用した薬、麻酔、出産状況などもご記入ください。

▼  
現在

(タイムライン 記入例)

妊娠前:

両親の心理状況、ショック、事故、薬歴、サプリメント歴等

母: 胃潰瘍・胆石で手術をして以来胃が弱く

父: 肥満がみ 仕事が忙しく家庭にいないことが

10年間胃薬をとり続けていた。

多かった 喫煙多い クスリの常用はなし

妊娠中: 病歴、心理状況、ショック、事故、薬歴、サプリメント歴 家庭環境等

舅・姑と同居で精神的ストレス 出産直前まで仕事

服用薬 (張り止め薬・便秘薬使用・鉄剤) 喫煙・飲酒少々

出生/0才: 出生体重 2700 g 母乳 または ミルク

: 出生時に行なった検査、使用した薬、麻酔、出産状況などもご記入ください。

陣痛促進剤使用、吸引分娩、予定日より2週間早い

黄疸 (光線治療)

8か月 B.C.G 接種 (接種部位 腫脹)

1歳2か月 DPT

3歳半 右手にやけど→塗り薬使用

4歳 妹誕生・頭部打撲

このころから、腕に湿疹がではじめた

5歳 祖母の死・両親不仲

5~7歳頃 よく熱を出す、扁桃の腫れ、中耳炎繰り返す (服薬)

12歳 初潮

13歳 右足首捻挫・両親離婚

17歳 母再婚、不登校気味

アトピー性皮膚炎と診断され、症状がひどくなり、コーチゾンクリームを2年間ぬった。

18歳 犬の死・高校卒業、就職

20歳 アトピー症状が消えた

一人暮らしはじめる

25歳 交通事故 (むち打ち)

インフルエンザ予防接種 (以降毎年1回)

28歳 現在 アトピーは消えたが、喘息発作が出ている。また、外出をすることが面倒になり、ひきこもり気味。



## ホメオパシー健康相談の同意書

1. 私は、『症状はありがたい』DVD 視聴によって、ホメオパシー療法を理解したことを確認します。
2. ホメオパシー療法は、滞った自然治癒力を揺り動かし、自分で自分の健康を取り戻す健康法であることを確認します。
3. レメディーは、病気治療を目的とする薬ではなく、自然治癒力を揺り動かすためのものであることを確認します。
4. ホメオパシー療法中に自己治癒力が活性化し、一時期、症状が悪化したように見えることがあります（好転反応）。これは体内の老廃物が排出されている姿であり、時には、症状が強く出る場合や長引く場合もあることを理解します。もし不安がある場合は、自分の判断で、他の療法や検査を行います。
5. ホメオパシー健康相談における質問は、医学的診断を目的としたものではなく、自然治癒力の滞りを知り、同種のレメディーを選択するために行われるものであることを確認します。
6. 本人もしくは家族が、医師などの有資格の専門家に相談することが必要であると判断したときは、それを実行することを約束します。
7. 医師から出された薬に関して、また今後薬をとることにしても、本人もしくは家族が判断し、責任をもつこととします。
8. ホメオパシー療法での改善が難しいと判断された場合、ホメオパシー健康相談を受けられないこともあるということのを了承します。
9. 健康相談が担当ホメオパスとの信頼関係のもとで継続して良好に行われるために、不用意にその内容を公表しないことを約束します。
10. 本人もしくは家族が「健康相談のご案内」を読み、十分理解した上で、本人がホメオパシー健康相談を受けることに同意します。
11. この同意書は、今後のホメオパシー相談においても有効とします。
12. 必ずしもホメオパシー療法で治癒に導けるとは限らないことを認識しています。
13. お一人お一人の状況に応じて必要な時には確認書（別紙）にサインをしていただくことがあります。

私は「ホメオパシー健康相談の同意書」を読み、十分理解した上で、上記の事項に同意します。

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

ご署名

(ご本人様)

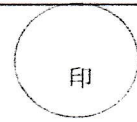


ご住所

ご署名

(ご家族・保護者様)

※相談者が未成年者の場合は、保護者の署名・捺印をお願いします。



ご住所

センター名

※ホメオパシー健康相談を希望する場合は、この同意書の提出が必要となります。必要事項をご記入の上、署名・捺印してご提出ください。提出いただけない場合は、原則お受けできませんのでご了承ください。

※個人情報については、本同意書に同意いただいた旨の確認のみに使用させていただきます。また、健康相談に関する個人情報は、厳重に管理することを約束します。※相談会の内容を学術及びホメオパシーの啓蒙の目的で発表することがあります。

日本ホメオパシー医学協会では ホメオパスとしての心得として以下の事項を規定しております。

ホメオパス倫理規程 第3条3項

本協会認定ホメオパスは、クライアントが病院での検査、診察等を受けることに否定的であってはならない。病院での検診が必要と判断される場合は、速やかにその旨をクライアントに伝えなければならない。なお、検診を受けるか否かの最終判断は、あくまでもクライアントが行うものであり、本協会認定ホメオパスが強制することはあってはならない。ただし、慢性疾患のクライアントに対しては、病院での定期的な検診を勧めることが望ましい。