

## <ホメオパシー動物相談質問票>

※黒色のボールペンでご記入下さい。

(言葉が話せない動物に代わって、できる限り詳しくお答えください)

記入日：

(フリガナ)	
飼い主氏名：	_____ 年齢：_____ 歳 職業：_____
Tel:	_____ 携帯：_____
Fax:	_____ e-mail _____
住所：(フリガナ)	_____
〒	_____
動物の名前：	_____ 生年月日：_____ 年 月 日 年齢：_____ 年 _____ ヶ月
	(飼い始めた時の年齢：_____ 年 _____ ヶ月)
動物種：犬・猫・ウサギ・小鳥・その他：	_____ 品種：_____
性別：オス・メス 去勢・避妊 (手術年月日：	_____ 年 月 日実施)
体重：_____ kg	体型：肥満／軽度肥満／筋肉質／普通／やせ気味／やせ過ぎ
生活環境：完全屋外・どちらも・完全屋内	1日 _____ 回散歩
(具体的に：_____)	
*例：ケージ内、屋内外を自由に行き来する、庭で放し飼い等。	
入手方法：購入した／譲り受けた／自宅で生まれた／拾った／いつの間にか住み着いた	
その他 (具体的に：_____)	
家族構成：	
他に飼っている動物：無・有 (他 _____ 匹、動物種：_____、同居開始年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日)	

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)

2. 具体的内容 (いつから・どのような経過を経てきたか等をご記入下さい)

※いつ頃から始まり、その頃の環境は? どのような時に悪化するか? 主訴に付随する病気等。

3. 今までに受けた治療・セラピー

4. 今までに飲んでいた薬・今でも飲んでいる薬

5. 予防接種歴 (受けたものに○をして下さい)

狂犬病 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月接種

混合ワクチン ( \_\_\_\_\_種混合、メーカー名: \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月接種

その他 (ワクチン名: \_\_\_\_\_、メーカー名: \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月接種

※予防接種後に体調の変化があったものはありますか? 例) 混合ワクチンをうけた後に下痢をした

6 妊娠中、出産の状況 (わかれば)



## 14.健康状態

身長：            cm            体重：            kg

頭：	腎臓：
顔：	胃：
目：	腸：
鼻：	生殖器：
口：	背中：
喉：	股関節：
耳：	泌尿器：
前肢：	肛門：
後肢：	尿：
手足（肉球）：	便：
肺：	尾：
心臓：	皮膚、被毛：
肝臓：	その他：

## 15. 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：    |           |

※該当する項目に○をして下さい。

- ⑤水分をよくとる・水分をあまりとらない・わからない
- ⑥運動が好き・運動は嫌い・わからない
- ⑦体は温かい・冷たい・部位によって違う・わからない
- ⑧異常感覚・知覚（例.真夏でも布団の中にもぐっている。誰もいない場所に向かって吠える。etc.）

16. ショックを受けたこと・パニックに陥ったこと（具体的にご記入下さい）

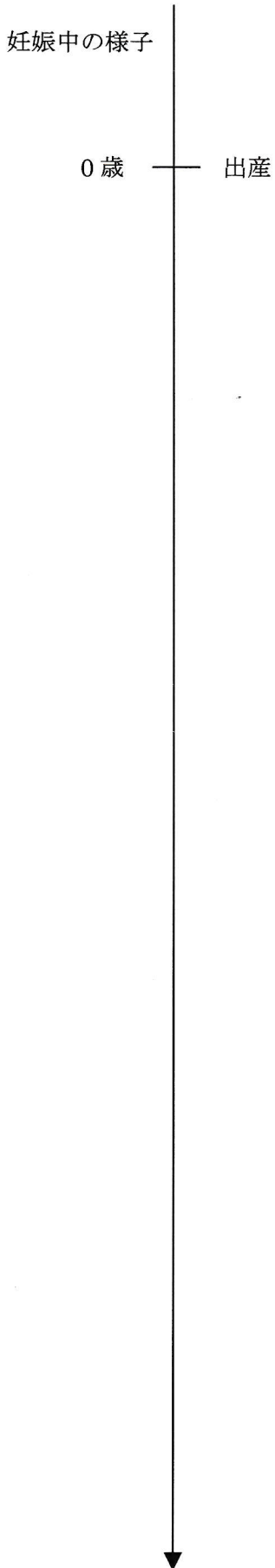
17. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入下さい）

18. 性 格

- ①子供時代…
- ②現在…
- ③ストレスを感じる事…
- ④心配・不安な事…

19.その他（他に何かありましたらご記入下さい）

20. 病歴及び大きな出来事 (出産時・予防接種・薬歴・家族構成や環境の変化など年代順に)



## 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)

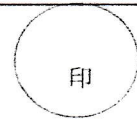


ご住所

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。