

<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 佐々木 先生（日本ホメオパシーセンター渋谷笹塚交差点）

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：		出生時間：		

1. 主訴（身体的・精神的に困っていることをつらい順にお書きください）

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

2. 具体的内容（各主訴について、いつから、どのような経過を経てきたかをご記入ください）

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（各部位の状態、お持ちの症状などについてお書きください）

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：___ 初潮／閉経：___歳 / ___歳	

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（___歳）・百日咳（___歳）・破傷風（___歳）・ポリオ（___歳）・ハシカ（___歳）・
 風疹（___歳）・日本脳炎（___歳）・天然痘（___歳）・コレラ（___歳）・おたふくかぜ（___歳）
 インフルエンザ（___歳）・水ぼうそう（___歳）・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	接種後に膿んだ
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・自家中毒など年齢と病名）

10. 事故・けが（年齢と内容）

11. 手術（年齢と病名）

12. 伝染病（マラリア・結核など、年齢と病名）

*体液喪失（発汗、嘔吐、下痢、失血など、一度に大量に体液を喪失されたことがあれば年齢と状況を）

13. 家系の病歴（ご存命の方は主な病気・症状を、お亡くなりの方は加えて享年と死因を）

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.)
- ⑰暑がり・寒がり・部位によって違う・わからない

15. ショックを受けた事・パニックに陥った事 (いつごろ、何を、どんな風になど具体的に)

16. 恐怖症・怖いもの (いつごろ、何を、どんな風になど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
ご親族でアルコールを大量に飲まれる方： 無 有 (母 母母 母父 父 父母 父父 兄弟)

※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