

＜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）

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

日本ホメオパシー医学協会は日本で唯一ホメオパス職業保険を持つ非営利団体です。

〒154-0001 東京都世田谷区池尻 2丁目 30番 14号 日本ホメオパシー財団 日本ホメオパシー医学協会

TEL(03)5779-7411 FAX5779-7412 E-mail office@jphma.org URL:<http://www.jphma.org>

Copyright (C) 1997-2011 Japanese Homoeopathic Medical Association All Rights Reserved.

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（ ）

日本ホメオパシー医学協会は日本で唯一ホメオパス職業保険を持つ非営利団体です。

〒154-0001 東京都世田谷区池尻 2 丁目 30 番 14 号 日本ホメオパシー財団 日本ホメオパシー医学協会

TEL(03)5779-7411 FAX5779-7412 E-mail office@jphma.org URL:<http://www.jphma.org>

Copyright (C) 1997-2011 Japanese Homoeopathic Medical Association All Rights Reserved.

- 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…

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

仕事が多忙で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、腕に湿疹ができはじめた

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。