

ホメオパシー再相談 申込用紙

日付： 年 月 日

下記の項目の中でご希望される番号に○をつけ、お申し込みください。

1. 通信による再相談を希望する

2. 途中相談を希望する

※前回の相談会から1ヶ月を経過している場合はレメディーの残量に関わらず再相談とさせていただきます。

※ご相談はご本人に関する内容のみとしてください。なお、ご相談内容によってはホメオパスの判断で

「途中相談」から「再相談」になる場合、またはアドバイスのみとなる場合がございます。

お名前： _____ (歳) 担当ホメオパス名： _____

現住所：〒 _____

TEL： _____

FAX： _____

前回の相談日： 月 日

レメディーはとり終えましたか？ はい・いいえ

いずれかに○をおつけください。

【今までに出ていた症状について】(いずれかに○をおつけください。)

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1. | 大きく改善・改善・変化なし・以前より悪化・その他 | } |
| 2. | 大きく改善・改善・変化なし・以前より悪化・その他 | |
| 3. | 大きく改善・改善・変化なし・以前より悪化・その他 | } |
| 4. | 大きく改善・改善・変化なし・以前より悪化・その他 | |
| 5. | 大きく改善・改善・変化なし・以前より悪化・その他 | } |

【新しく出た症状について】

(いつ始まったのか、どのようなものか、痛みの状態、どのようにすると楽になるかなど詳しくご記入ください)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

【今、気になっていることや困っていること。その他、何かありましたらご記入ください】

注) 相談用紙のご記入は、黒のボールペンで濃くはっきりとお書きください。(鉛筆はご遠慮ください)