

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』または『人はなぜ病気になるのか』DVD 視聴等によって、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、医師などの医学的治療の代替をするものではなく、滞った自然治癒力を揺り動かす、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. 私は、自分自身の心と体に責任を持ちます。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。
4. 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。
5. ホメオパシー療法における質問は、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. 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、症状が強くなる場合や長引く場合もあることを理解します。しかし、その症状があまりにも長引く場合は、自分の判断で、他の療法や検査を行います。
7. 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。
8. 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。
9. 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を了承します。（特に、ガンなどの難病の場合は、自己治癒力が触発されづらいこともありますので、他の療法も併用してください。）
10. 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。
11. 本人並びに家族が「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。場合によっては、家族が反対する場合は、受けることができないことを同意します。
12. 相談会情報の正確な把握、内容確認のため、記録として、録音（もしくは録画）することに同意します。
13. レメディー適用書発行のため、豊受オーガニクスショッピングモールに会員登録することを了承します。
14. この同意書は、今後のホメオパシー健康相談においても有効とします。

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)

印

ご住所

ご署名

(ご家族・保護者様)

印

※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。病院での検査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、検査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。

<ホメオパシー質問票>

記入日： 年 月 日

いずれかに○をしてください。 ※黒色のボールペンでご記入下さい。

1、対面相談・電話相談・スカイプ相談(スカイプ名→)

2、通信(メール・FAX)相談

ご希望のホメオパス・・・ 本部センター 先生

フリガナ
氏名

男・女

生年月日

西暦 年 月 日生まれ 歳

顔写真

顔写真をお貼りください。

又は、e-mail

center@homoeopathy.co.jp

までお送りください。

出生地： 都・道・府・県 市・区・町・村

出生体重： g

体温： °C

現在の身長： cm

現在の体重： kg

職業：

配偶者：無・有

兄弟姉妹：無・有【 】

同居の家族：無・有【 】

住所：(市町村まで)： 〒 - 都・道・府・県 市・区・町・村

1. 主訴(病名があれば、あわせてお書きください)

※検査結果データ、患部の写真などがあれば一緒にご提出ください。

2. 具体的内容

(身体的・精神的に困っていることなど、いつから・どのような経過を経てきたかなどを一番つらい順番にお書きください。)

①

②

③

④

⑤

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)

今まで・・・

現在・・・

5. 一番ストレス（生きづらさ）を感じることは何ですか？（心配、不安、腹が立つことなど）
また、どういう時にストレスを感じますか？

6. 家族の病歴および関係性について（父母・祖父母、兄弟、夫婦、子供）

（例： 母：糖尿病・甲状腺【不仲・良好・過干渉・無関心等 及び性格などについて】

母：

父：

母母：

母父：

父母：

父父：

兄弟姉妹：

子供：

配偶者：

7. 健康状態 (異常を感じる部位に○を付けて詳細をお書きください。)

- 頭部・頸部 (頭・顔・目・耳・首・歯)
- 呼吸器 (鼻・喉・気管支・肺)
- 消化器 (口・舌・食道・胃・腸・膵臓・肝臓・胆のう)
- 便： 回／1日 便秘、下痢状、普通、その他 ()
- 尿： 回／1日 色： におい：
- 生殖器 (精巣・前立腺・陰茎・卵巣・卵管・子宮・外陰部)
- 生理周期： 日 経血の色： 血の塊： におい：
初潮： 閉経：
- 生理痛：有・無 おりもの： 不正出血：
- 泌尿器 (腎臓・尿管・膀胱)
- 他臓器 (心臓・甲状腺・脾臓・リンパ)
- 四肢 (肩・腋・腕・肘・手・腰・股・臀部・大腿・膝・脛・ふくらはぎ・足首・足)
- アレルギー体質：無・有 (具体的にお書きください。
(例：食品・金属・花粉症・喘息・アトピー・鼻炎 など)
- 過敏症：無・有 (具体的にお書きください。
(例：電磁波過敏症・化学物質過敏症など)

8. 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？
9. 予防接種歴（打ったものに○をして下さい）
- ・三種混合・四種混合・MR・はしか・風疹・おたふくかぜ・日本脳炎・水ぼうそう
 - ・天然痘・コレラ・ポリオ・ロタ・B型肝炎・A型肝炎・肺炎球菌・H i b・HPV
 - ・髄膜炎菌・インフルエンザ・子宮頸がん・その他（ ）
- ※接種後に体調に変化があったものがあればお書き下さい。
10. 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）
11. 事故・けが・手術
12. 先天性の病気・遺伝
13. 伝染病（マラリア・結核など）
14. 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）
15. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入下さい）

16. 体質

- 好きな食べ物： 嫌いな食べ物：
- 好きな季節・天候： 嫌いな季節・天候：
- 元気な時間帯：
- 就寝時間： 起床時間：
- アルコール： ml／1日 タバコ： 本／1日
- コーヒー： 杯／1日 その他よくとるもの：
(例：飲み物・食べ物等)

※該当する項目に○をして下さい。

- 熟睡できる・熟睡できない・わからない
熟睡できない理由…
- 夢を見る・夢を見ない・わからない
夢の内容…
- 汗をよくかく・汗をあまりかかない・わからない
どのような汗か…
- 水分をよくとる・水分をあまりとらない・わからない
理由…
- 激しい運動が好き・ゆっくりとした運動が好き・踊るのが好き・わからない
どのような運動が好きか…
理由…
- 太陽が好き・嫌い・まぶしい・発疹が出る・その他 ()
- 月が好き・嫌い・落ち着かない・その他 ()
- 体は温かい・冷たい・部位によって違う・わからない
- 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. 性格

- 子供時代…
- 現在…
- 一番大切な事…
- 好きな色は…
- 落ち込んだ時はどうするか…
- 趣味…
- 今一番したい事…
- どんな自分になりたいか…

*該当する項目に○をして下さい。

- よく泣く・人前でも泣く・泣かない・わからない
- 楽天的・悲観的・わからない
- 音楽が好き・嫌い
好きなジャンル…
理由…

18. その他（他にホメオパスに伝えておきたいことがあればご記入下さい）

19. タイムライン

子供時代の発育状況

子供のかかる病気歴

予防接種歴

ショックな出来事

大きな出来事等

病歴

薬歴

等を【タイムライン記入例】見本を参考にして年齢順にお書き下さい。

妊娠前：両親の心理状況、ショック、事故、薬歴等

母：

父：

妊娠中：両親の病歴、心理状況、ショック、事故、薬歴、家庭環境等

母：

父：

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：

母：胃潰瘍・胆石で手術をして以来胃が弱く、10年間胃薬をとり続けていた。

父：肥満ぎみ 仕事が忙しく家庭にいないことが多かった 喫煙多い 薬の常用はなし

妊娠中：

母：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

父：仕事で家に帰ってくるのがいつも夜中だった

出生／0才	出生体重 2700 g □母乳 または ■ミルク 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（接種部位 腫脹） ハイハイ
1歳2カ月	D P T 歯が生え始める 歩き始める 言葉が出始める
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 近所の犬に噛まれる
5歳	祖母の死・両親不仲 兄から蹴られ、顔に怪我をする
5～7歳頃	よく熱を出す、扁桃の腫れ、中耳炎繰り返す（服薬） いじめ。クラスで仲間外れにされ東京拒否。
12歳	初潮 父が酔って帰ってきて、布団の中に入ってきて胸を触ったので、叩いたら 足で蹴られた。
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 2年間ぬった。
18歳	愛犬の死・高校卒業、就職
20歳	アトピー症状が消えた 一人暮らしは始める。
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）
26歳	結婚
27歳	第一子 出産。可愛い子供だった。唯一、信頼できる人間だと思った。
35歳	夫と不仲。 母の死。子供が少しずつ、いう事を聞かなくなる。
40歳	離婚。何を言っても表面的だけの夫に嫌気がさす。
現在	