＜ホメオパシー質問票＞

 記入日：　年　月　日

氏名： 　(ﾌﾘｶﾞﾅ) 性別：男・女

生年月日：西暦 年 月 日　　　年齢： 歳

住所：〒

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

Tel:

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（PC・携帯）：

職業：

現在の身長・体重： cm ／ kg

家族構成：

1. 主訴（病名があればお知らせください。辛い順にご記入ください。）

※検査結果データ、患部の写真などがあれば、メールで合わせてお送りください。

2. 具体的内容（いつから・どのような経過を経てきたか、悪化する時間帯や気候、動きなどもご記入ください）

3. 今までに受けた治療・セラピー

4. 今飲んでいる薬、サプリメント（服用期間、使用頻度もご記入ください）

5. 今まで飲んできた薬（多いものから順にご記入ください。薬品名がわからない場合は、頭痛薬、胃薬などのようにご記入ください）

6. 健康状態

頭：

脳：

顔：

耳：

目：

鼻：

口・歯：

喉：

肩：

腕：

手：

肺：

心臓：

肝臓：

腎臓：

胃：

小腸：

大腸：

背中：

腰：

膀胱：

肛門：

尿：　回／1日　色：　におい：

便：普通・便秘（　回／日）・下痢状（腹痛：あり・なし）、下痢と便秘を繰り返す・その他（）

脚：

足：

生殖器：

その他：

癖：

＜生理について＞　閉経：　歳

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：

７. 体質

1. 平熱：
2. 体感：のぼせやすい・手足が冷たい・お腹が冷たい・腰が冷たい・その他（ ）
3. 汗：よくかく・普通・あまりかかない　どのように汗をかくか…
4. 喉の渇き：よく渇く・普通・あまり渇かない　説明…
5. 食べ物：　 好きな食べ物： 嫌いな食べ物：

アレルギー・過敏症：

アルコール： ml／日 　　タバコ： 本／日

1. 元気な時間帯： ～　時
2. 入浴：好き・嫌い・一年中シャワーのみ・その他（）　　理由…
3. 睡眠：就寝時間： 　起床時間：

睡眠の質：熟睡できる・熟睡できない・入眠に時間がかかる・途中覚醒がある・寝起きが悪い・その他（ ）

夢：夢をよく見る・ときどき夢を見る・夢を見ない。　夢の内容…

1. 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.）：

8. 性格・内面

1. 子供時代…
2. 現在…
3. 人からどう思われていると思いますか…
4. どんな自分になりたいですか…
5. ストレスを感じる状況や場面は…
6. 腹が立つのはどんな時ですか…
7. 心配・不安な事…
8. 一番大切な事…
9. 落ち込んだ時はどうしますか…
10. 趣味…
11. 今一番したい事は…
12. 好きな音楽のジャンルは…
13. 物事をテキパキとできる・できない・わからない 理由…
14. きれい好き・嫌い・わからない　理由…

9. 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）

10. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入下さい）

11. 家系の病歴（故人の場合は享年もご記入ください）

母→

 父→

ご相談者の兄弟・姉妹→

母方の母→

母方の父→

父方の母→

父方の父→

その他→

12. 家族との関係性、家系について（ご自由にお書きください。）

１３.その他に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

14. 今までどんな病気にかかりましたか？（該当しないものは、打ち消し線、または削除してください）

ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・はしか・風疹・日本脳炎・コレラ・水ぼうそう・おたふく風邪・自家中毒・川崎病・溶連菌感染・扁桃腺炎・中耳炎・アトピー・喘息・花粉症・肺炎・ヘルペス・膀胱炎・カンジタ・水虫・インフルエンザ・新型コロナ・その他（ 　 　 ）

15. 子どもの頃に打った予防接種（該当しないものは、打ち消し線、または削除してください）

※ご相談者が大人の場合、一般的に予防接種をした方は、その他の欄に「通常接種」とご記入ください。

BCG・三種混合・四種混合・MR・はしか・風疹・おたふく・日本脳炎・水疱瘡・天然痘・コレラ・ポリオ・ロタ・B型肝炎・A型肝炎・肺炎球菌・Hib・髄膜炎菌・インフルエンザ・子宮頸がん・新型コロナ・その他（ ）

インフルエンザワクチンを受けている場合は、接種年齢をご記入ください。（　歳）

予防接種後に体調の変化があったものはありますか？　例）BCGをうけた後に熱が出た

１６. 成人してから打った予防接種（該当しないものは、打ち消し線、または削除してください）

BCG・三種混合・四種混合・MR・はしか・風疹・おたふく・日本脳炎・水疱瘡・天然痘・コレラ・ポリオ・ロタ・B型肝炎・A型肝炎・肺炎球菌・Hib・髄膜炎菌・インフルエンザ・子宮頸がん・新型コロナ・その他（ ）

インフルエンザワクチンを受けている場合は、接種年齢をご記入ください。（　歳）

予防接種後に体調の変化があったものはありますか？　例）新型コロナをうけた後に熱が出た

17. 事故・けが

18. 手術

１９. タイムライン：病歴(予防接種・薬歴・歯科治療等)と、人生の大きな出来事（就職・結婚・出産等）

※重要な項目です。次のページをご参考になり、詳しくご記入ください。

●妊娠前～妊娠まで（不妊治療の有無・使用した薬・母親の心理状態など）

●妊娠～出産まで（切迫流産・妊婦高血圧・妊婦糖尿病・妊娠性掻痒・切迫早産・緊急出産・その他（））

使用した薬、サプリメントがあればお書きください。

●妊娠中の父母の心理状況、ショック、事故、、家庭環境等。

●出産について

状況：自然分娩・無痛分娩・帝王切開（予定）・緊急帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩。

その他の状況について教えてください（）

使用した薬や麻酔：

出生／０歳　　出生体重： g 　　 予定日より、　日早い／遅い

母乳：　　混合：　　ミルク：

発育状況：早め・普通・遅め（寝返り・ハイハイ・歯・言葉・機嫌など、特出すべきことがあればお書きください）

　歳

　歳

　歳

　歳

　歳

現在

（タイムライン 記入例）

●妊娠前～妊娠まで（不妊治療の有無・使用した薬・母親の心理状態など）

不育症。３年間不妊治療を行い、人工授精で授かる。不妊治療のために〇〇という薬を使い、副作用が辛かった。

●妊娠～出産まで（切迫流産・妊婦高血圧・妊婦糖尿病・妊娠性掻痒・切迫早産・緊急出産・その他（））

使用した薬、サプリメントなどがあればお書きください。

　　切迫早産になり入院。７か月からウテメリンの点滴をうっていた。葉酸サプリを飲む。便秘薬、鉄剤を使用。

喫煙・飲酒少々

●妊娠中の父母の心理状況、ショック、事故、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。

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。クスリの常用はなし。

●出産について

状況：~~自然分娩~~・無痛分娩・~~帝王切開（予定）・緊急帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩~~。

その他の状況について教えてください（）

使用した薬や麻酔：　陣痛促進座、麻酔使用

出生／０才：出生体重 2700 g 　母乳 または ミルク→（ミルク）

母乳のみ

発育状況：早め（寝返り・ハイハイ・歯・言葉・機嫌など、特出すべきことがあればお書きください）

　生まれてすぐ歯が生えていた。目が合わなくて心配だった

黄疸（光線治療）

8 か月 B.C.G 接種 （接取部位 腫脹）

1 歳2 カ月 DPT　このころから機嫌が悪く抱っこしても泣き止まない。

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。