

<ホメオパシー質問票>

記入日: 年 月 日

氏名: (フリガナ) 性別: 男・女

生年月日: 西暦 年 月 日 年齢: 歳

住所: 〒

(フリガナ)

Tel:

メールアドレス(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、胃薬などのご記入ください)

6. 健康状態

頭:	胃:
脳:	小腸:
顔:	大腸:
耳:	背中:
目:	腰:
鼻:	膀胱:
口・歯:	肛門:
喉:	尿: 回/1日 色: におい:
肩:	便: 普通・便秘(回/日)・
腕:	下痢状(腹痛:あり・なし)、
手:	下痢と便秘を繰り返す・その他()
肺:	脚:
心臓:	足:
肝臓:	生殖器:
腎臓:	その他:

<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

⑥ 元気な時間帯: ~ 時

⑦ 入浴:好き・嫌い・一年中シャワーのみ・その他()

理由…

⑧ 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…

⑨ 気になる癖・異常感覚(例.爪かみ・常に音が聞こえる。体を風が吹き抜ける。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→	父方の母→
母方の父→	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？(該当するものに丸をつけてください)

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(該当するものに丸をつけてください)

※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(該当するものに丸をつけてください)

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。最後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

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：肥満がみ 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：陣痛促進剤、麻酔使用

出生/O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(接種部位 腫脹)

1歳2か月 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、腕に湿疹ができてはじめた。

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。