

## <ホメオパシー質問票>

※黒色のボールペンでご記入ください。

記入日： 年 月 日

ふりがな	
氏名：	男・女 年齢____歳
生年月日： 西暦	年 月 日 出生時間 時 分 出生体重： g
住所：〒	
Tel：	携帯：
Fax：	Mail：
家族構成：	

### 1. 主訴（身体的・精神的に困っている事などをご記入下さい）

一番つらい順にお書きください

- 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. 今までに飲んでいた薬・今でも飲んでいる薬

今まで飲んでいた薬：

今でも飲んでいる薬：

5. 健康状態

頭：	胃：
顔：	小腸：
耳：	大腸：
目：	生殖器：
鼻：	背中：
口：	腰：
喉：	膀胱：
肩：	肛門：
腕：	尿：__回/1日 色 匂い
手：	便：__回/1日 便秘 下痢状、普通 他
肺：	脚：
心臓：	足：
肝臓：	
腎臓：	

生理周期： 日	経血の色：	血の塊：	匂い：
生理痛：	おりもの：	不正出血：	

6. 妊娠中の状況（母親への心理状態・つわり・事故・家庭内の事情など詳しく）

7. 出産状況（安産・難産・帝王切開・陣痛促進剤など詳しく）

8. 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）

- ・母乳 or 粉ミルク：
- ・歯：
- ・歩き出し：

9. 予防接種歴（受けたものに○をして下さい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）

予防接種	接種月齢	接種後の変化
BCG	5 か月	うけた後に熱が出た
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

予防接種	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（ ）		

10. 子供の罹る病気（罹ったものに○をして下さい）

ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・はしか・風疹・日本脳炎・BCG・天然痘・コレラ・インフルエンザ・水ぼうそう・おたふく風邪・その他（ ）

何も罹っていない

※どの病気が酷かったですか？また、それはどのようになったのですか？

11. 子供時代の大病（扁桃腺炎・中耳炎・喘息・肺炎・自家中毒など）

12. 事故・けが

13. 手術

14. 伝染病（マラリア・結核など）

15. 家系の病歴

母→	父→
兄弟→	姉妹→
母方の母→	父方の母→
母方の父→	父方の父→
その他→	

16. 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（どちらでもない）

⑭月が好き・嫌い・落ち着かない・その他（どちらでもない）

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.）  
特になし。

17. 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）

18. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入下さい）

19. 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…

⑥ 番大切な事…

⑦ 落ち込んだ時はどうするか…

⑨趣味…

⑩今一番したい事…

⑪どんな自分になりたいか…

⑫一番好きな場所に家を建てるとしたら

⑬アルコール： ml／1日          タバコ： 本／1日

※該当する項目に○をして下さい。

⑭よく泣く・人前でも泣く・泣かない・わからない

⑮楽天的・悲観的・わからない

⑯音楽の影響を受ける・受けない・わからない

理由…

好きなジャンル…

⑰入浴は好き・嫌い・わからない

理由…

⑱物覚えは良い・悪い・わからない

⑲物事をテキパキとできる・できない・わからない

理由…

⑳きれい好き・嫌い・わからない

理由…

20. その他（他に何かありましたらご記入下さい）

21. 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

年齢	カラダの出来事・主な出来事 (例：麻疹になった、骨折した、風疹に罹った)	ココロの出来事 (例：死別した、引っ越しした、結婚した)
妊娠期		
0歳	出生体重 _____ g <input type="checkbox"/> 母乳 または <input type="checkbox"/> 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。	
1歳		
2歳		
3歳		
4歳		
5歳		
6歳		
7歳		
8歳		
9歳		
10歳		
11歳		
12歳		
13歳		
14歳		
15歳		
16歳		
17歳		
18歳		
19歳		
20歳		
21歳		
22歳		
23歳		
24歳		
25歳		
26歳		
27歳		

年齢	カラダの出来事・主な出来事 (例：麻疹になった、骨折した、風疹に罹った)	ココロの出来事 (例：死別した、引っ越した、結婚した)
28歳		
29歳		
30歳		
31歳		
32歳		
33歳		
34歳		
35歳		
36歳		
37歳		
38歳		
39歳		
40歳		
41歳		
42歳		
43歳		
44歳		
45歳		
46歳		
47歳		
48歳		
49歳		
50歳		