

ホメオパシー 質問票

記入日 年 月 日

氏名： 男 ・ 女
生年月日（西暦） 年 月 日
住所： 都・道・府・県 市・区・町・村 まで
職業：
出生体重： g
現在の身長： c m 体重： k g
家族構成：
出生地：

1. 主訴：（身体的・精神的に困っていることなどをご記入ください）
一番辛い順番にお書きください。

- ①
- ②
- ③
- ④

2. 具体的内容（いつから・どのような経過を経てきたか等をご記入ください）

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）

5. 子供のかかる病気（かかったものに○をしてください）

ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・はしか・風疹・日本脳炎・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（ ）

6. 予防接種歴（接種した月齢と接種後に体調変化があったものについてご記入ください）

記入例：

	接種月齢	接種後の変化
BCG	5 か月	特になし
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：

	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		
天然痘		
ポリオ		
その他		

7. 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）

8. 事故・けが

9. 手術

10. 伝染病（マラリア・結核など）

11. 家族の病歴

母	父
母母	父母
母父	父父
本人の兄妹	その他特記すべきこと

12. 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○をしてください

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夢をみる・夢をみない・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（ ）

⑭月が好き・嫌い・落ち着かない・その他（ ）

⑮体は温かい・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.）

13. ショックを受けたこと・パニックに陥った事（具体的にご記入ください）

14. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入ください）

15. 性格

①子供時代：

②現在：

③人からどう思われているか：

④ストレスを感じること：

⑤腹が立つこと：

⑥心配・不安なこと：

⑦一番大切なこと：

⑧落ち込んだ時はどうするか：

⑨趣味：

⑩今一番したいこと：

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どこ？：

⑬アルコール ml / 日 タバコ 本 / 日

※該当する項目に○をしてください。

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

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：

18. その他（現在の家庭・生活環境。他に何かありましたらご記入ください）

19. 病歴及び大きな出来事（薬歴：予防接種、経口薬、塗り薬なども）

ご自身のタイムライン

妊娠前：

妊娠中：

出生/0 歳：出生体重 _____g ☐母乳 ☐ミルク

歳

歳

歳

歳

歳

歳