

Rosette Homoeopathy Center

健康相談会 事前質問票

ご記入いただきありがとうございます。

できる範囲で構いませんので、思い出せることをご記入ください。
わからない項目は空欄でも大丈夫です。

1. 基本情報

氏名:

ふりがな:

生年月日:

年齢:

性別:

郵便番号:

住所:

電話番号:

メールアドレス:

職業:

家族構成:

出生地:

身長: cm

体重: kg

出生体重: g

2. 現在一番困っていること(主訴)

現在気になっている症状やお悩みを、一番つらい順にご記入ください。

主訴①

症状:

いつから:

どのような時に悪化しますか:

どのような時に楽になりますか:

痛み・かゆみ・違和感などの特徴:

その他:

主訴②

症状:

いつから:

どのような時に悪化しますか:

どのような時に楽になりますか:

痛み・かゆみ・違和感などの特徴:

その他:

主訴③

症状:

いつから:

どのような時に悪化しますか:

どのような時に楽になりますか:

痛み・かゆみ・違和感などの特徴:

その他:

3. これまでの治療歴

これまで受けた治療・療法:

現在服用している薬:

過去に服用していた薬:

サプリメント:

4. 身体について

気になる症状がある項目についてご記入ください。

頭:

目:

耳:

鼻:

口:

喉:

肩:

腕・手:

肺・呼吸器:

心臓:

胃:

小腸・大腸:

肝臓:

腎臓:

背中:

腰:

膀胱:

生殖器:

その他:

尿:

回数(回／日)

色:

におい:

便:

回数(回／日)

便秘・下痢・普通・その他

アレルギー:

5. 睡眠と生活リズム

就寝時間:

起床時間:

睡眠の質:

- ☐ 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:

夢の内容：

6. 食事と体質

好きな食べ物：

苦手な食べ物：

調理に使用している油：

糖質制限：

好きな季節：

苦手な季節：

好きな天候：

苦手な天候：

暑がり・寒がり：

汗について：

水分摂取について：

好きな飲み物：

コーヒー：

アルコール：

喫煙：

7. 性格・感情について

子どもの頃どのようなお子さんでしたか：

現在のご自身を一言で表すと:

人からどのように思われていると思いますか:

ストレスを感じること:

腹が立つこと:

心配や不安:

大切にしていること:

落ち込んだ時の過ごし方:

趣味:

今一番したいこと:

どんな自分になりたいですか:

8. 好み・感覚について

山と海ではどちらが好きですか:

太陽について:

月について:

運動について:

好きな運動:

音楽の影響を受けやすいですか:

好きな音楽:

入浴は好きですか:

きつい服は好きですか:

体の感覚について気になること:

(例: 体の中を風が吹き抜ける感じがする、常に酸っぱい味がする等)

9. ショック・恐怖・人生の転機

人生の中で強いショックを受けた出来事：

パニックになった経験：

恐怖を感じるもの：

忘れられない出来事：

10. 幼少期・出生時について

妊娠前のご両親の状況
(病気・服薬・精神状態・大きな出来事など)

母：

父：

妊娠中のお母さまの状況
(病気・服薬・ストレス・家庭環境など)

出産時の状況

出生体重：

自然分娩・帝王切開・吸引分娩・その他

使用した薬や処置：

乳児期について

母乳・混合・ミルク

離乳食について：

発達について

寝返り：

ハイハイ:

歩き始め:

言葉:

幼少期によくかかった病気:

予防接種歴:

接種後に変化があればご記入ください:

11. 病歴・薬歴

これまでにかかった大きな病気:

入院歴:

手術歴:

事故・怪我:

感染症:

長期間使用した薬:

ステロイド使用歴:

その他特記事項:

12. 人生のタイムライン

生まれてから現在までの主な出来事を、年齢順にご記入ください。

【記入例】

0歳:

3歳:

6歳:

12歳：

18歳：

25歳：

現在：

【ご自由にお書きください】

現在の家庭環境や生活環境、相談会で伝えておきたいことなどがありましたらご記入ください。