



南青山みみのクリニック ホメオパシー問診票 (できるだけ詳しくご記入下さい)

ホメオパシー治療を始める前に、「南青山みみのクリニック 院長 山川卓也 宛」に FAX : 03-5772-6450、もしくは、E-mail: yamakawa@celery.ocn.ne.jp でお送り下さい。

氏名		記載日	平成	年	月	日
生年月日		性別	男	・	女	
住所						

1.お悩みの内容 : どのようなことで困っていますか? (特に部位、随伴症状などもご記入下さい)

--

2.お悩みの詳細 : いつから? どのような状況でおこりますか?

良くなる時、悪くなる時はありますか? それは何によってですか? なるべく時間に沿ってご記入下さい。

--

3.既往歴 : 今までにかかったことのある病気をご記入下さい。

--



4.嗜好品：タバコ アルコールなどは召し上がりますか？頻度もご記入下さい。

5.家族歴：家族構成についてお聞かせ下さい。

6.現在、行っている他の治療はありますか？また、服用しているお薬はありますか？
できるだけ詳しく教えてください

7.社会生活の環境について：現在までのお仕事の環境について、差支えない範囲でご記入下さい。



8.全身症状について

暑さ・寒さ・気候の影響はありますか？	
発汗はありますか？	
食欲はありますか？	
食べ物の好き嫌いは、ありますか？	
のどの渇きは、ありますか？	
睡眠パターンは？	
夢はみますか？	
月経周期は？	

9.心のストレス 精神的にストレスを感じるような状況はありますか？

--

10.その他の気になる症状や、きっかけになるかもしれない事などなんでも教えて下さい。

--

ご記入ありがとうございました。