



ホメオパシー治療を始める前に、「山川耳鼻咽喉科医院 院長 山川卓也 宛」に FAX : 03-5772-6450、もしくは、郵送でお送り下さい。

| | | | | | | |
|------|--|-----|----|---|---|---|
| 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？ | |
| のどの渴きは、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ください。

| |
|--|
| |
|--|

ご記入ありがとうございました。