

<ホメオパシー動物相談質問票>

記入日： 年 月 日

飼い主氏名(フリガナ): () 年齢: 歳 職業:

住所:(フリガナ)

〒

電話番号(日中連絡のつく番号):

FAX:

E-mail:

□動物の氏名: _____

□生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 □年齢: _____ 年 _____ ヶ月

□動物種: 犬・猫・ウサギ・鳥・その他: _____

□種別: _____

□性別: オス・メス 去勢・避妊(手術: _____ 年 _____ 月 _____ 日実施)

□身長: _____ 体重: _____ g・kg

体型: 肥満/軽度肥満/筋肉質/普通/やせ気味/やせ過ぎ

□出生地(市町村まで): _____

□生活環境: 完全屋外・どちらも・完全屋内 1日 _____ 回散歩
(具体的に: _____)

□入手方法: 購入した(ブリーダー・ペットショップ・その他)
/譲り受けた/自宅で生まれた/保護した/いつの間にか住み着いた
/その他(具体的に: _____)

□飼い始めた時の年齢: _____ 年 _____ ヶ月

□同居している家族(人間):

(動物): 種類 () () 匹 同居開始年月日:

(動物): 種類 () () 匹 同居開始年月日:

日本ホメオパシー医学協会は、日本で唯一ホメオパス職業保険を持つ非営利団体です。

一般財団法人日本ホメオパシー財団 日本ホメオパシー医学協会 20210615

Copyright (C) 1997-20221 Japanese Homoeopathic Medical Association All Rights Reserved.

動物写真

なるべく最近の
はっきり映っている

お顔のアップのお写真を

お貼りください

動物写真

なるべく最近の
はっきり映っている

体全体のお写真を

お貼りください

1. 主 訴 (必ずお書きください) (病名があれば、あわせてお書きください)

※検査結果データ、患部の写真などがあれば一緒にご提出ください。

2. 具体的内容 (身体的・精神的に困っていることなど、いつから・どのような経過を経てきたか等をご記入下さい)

3. 家族の病歴および関係性について (例→ 母：肥満・死亡 子供：皮膚炎・仲が良い)

動物の母：

動物の父：

動物の兄弟：

動物の子供：

飼い主、飼い主の家族との関係性について (例→夫 43 歳：良好 長男 10 歳：なついている)

飼い主：

飼い主の家族【 】：

飼い主の家族【 】：

飼い主の家族【 】：

4. 一番のストレスは何ですか？

5. ショックを受けたこと・パニックに陥ったこと（具体的にご記入下さい）

6. 恐怖症・怖いもの（具体的にご記入下さい）

7. 性 格

①子供時代…

②現在…

8. 健康状態（気になる症状があればご記入ください）

- | | |
|----------|---------|
| ●頭： | ●腎臓： |
| ●顔： | ●胃： |
| ●目： | ●腸： |
| ●鼻： | ●生殖器： |
| ●口： | ●背中： |
| ●喉： | ●股関節： |
| ●耳： | ●泌尿器： |
| ●前肢： | ●肛門： |
| ●後肢： | ●尿： |
| ●手足（肉球）： | ●便： |
| ●肺： | ●尾： |
| ●心臓： | ●皮膚、被毛： |
| ●肝臓 | ●その他： |

9. 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：

※該当する項目に○をして下さい。

⑤水分をよくとる・水分をあまりとらない・わからない

⑥運動が好き・運動は嫌い・わからない

⑦体は温かい・冷たい・部位によって違う・わからない

⑧異常感覚・知覚（例.真夏でも布団の中にもぐっている。誰もいない場所に向かって吠える。etc.）

10. 食餌の内容 ※下線部分に記入をし、該当する項目に○をして下さい。

主食：1日___回；決まった時間に一定量を与える・食べるだけ自由に与える・置き餌

内容：商品名等、具体的に（_____）

おやつ：1日___回；決まった時間に一定量を与える・食べるだけ自由に与える・置き餌

内容：商品名等、具体的に（_____）

11.ホメオパシー使用履歴（動物および飼い主の使用履歴）

12. 今までに受けた治療・セラピー

13. 今までに使用した薬・今でも使用している薬（内服薬・外用薬・注射・点滴 等）

14. 予防接種歴（受けたものに○をして下さい）

狂犬病 _____年 _____月接種

混合ワクチン（_____種混合、メーカー名：_____）_____月接種

その他（ワクチン名：_____、メーカー名：_____）_____月接種

※予防接種後に体調の変化があったものはありますか？ 例）混合ワクチンをうけた後に下痢をした

15. 妊娠中、出産の状況（わかれば）

16. 発育状況（母乳・人工哺乳・菌・飼い始めた時の状況などわかる範囲で詳しく）

17. 今までかかった病気（皮膚病・外耳炎・咳・子宮蓄膿症・入院歴など）

※どの病気が酷かったですか？また、それはどのようなようになったのですか？

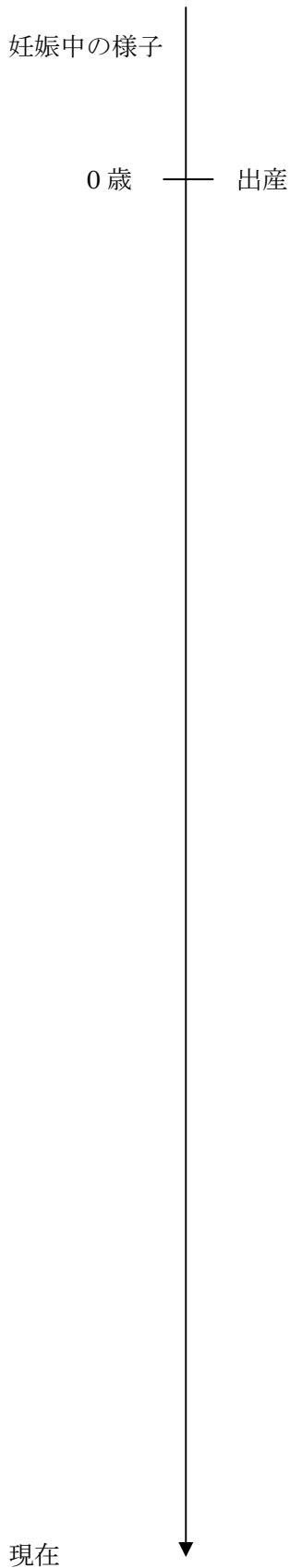
18. 伝染病（パルボなど）

19. 事故・けが

20. 手術（麻酔をかけた処置も含む）

21. その他（他にホメオパスに伝えておきたいことがあれば）

22. 病歴及び大きな出来事 (出産時・予防接種・薬歴・家族構成や環境の変化など年代順に)



タイムライン 見本

22. 病歴及び大きな出来事 (出産時・予防接種・薬歴・家族構成や環境の変化など年代順に)

