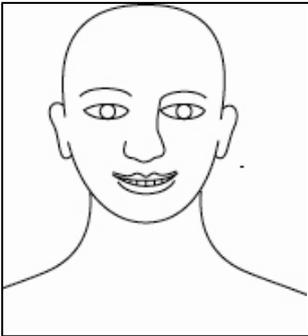
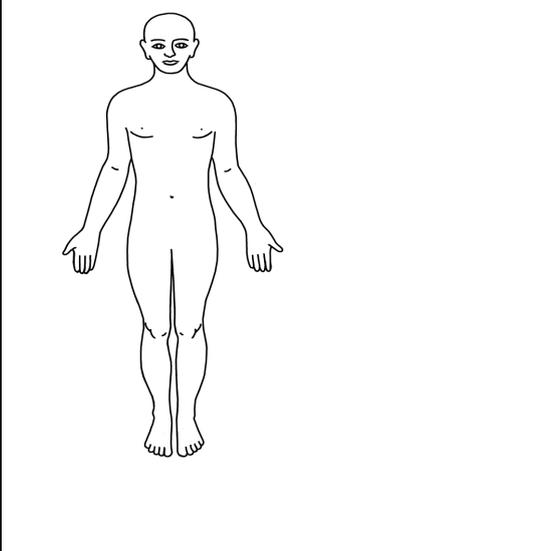
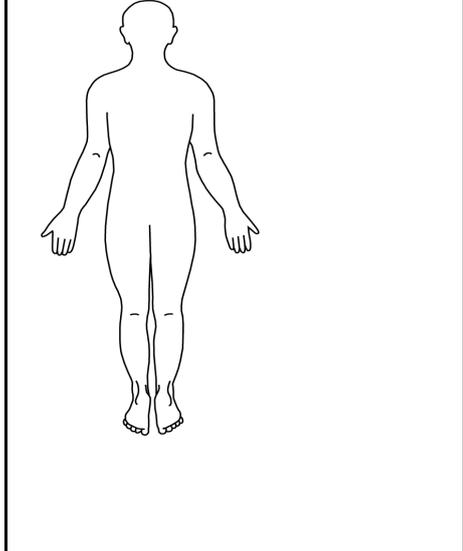


初・再 年 月 日 (時 分)

(担当:)

フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日 年 月 日 (歳)	職業
Tel		携帯電話	
住所 〒			
主訴		見た目、客観	体温
			H P.H C P.C
変化()RXS後			
随時	朝	夜	
主訴の付随する症状の部位、 基調 < >・時間< >・姿勢< >・環境< >・感覚			
			
General(総体)(基調 < >、食欲、切望、嫌悪、喉の乾き、汗、尿、便、生理、季節、天候、睡眠、特徴的、原因、付随)			
Mental(精神)(基調 < >、恐怖、不安、心配、葛藤、イライラ、罪悪感、自殺傾向、失恋、夢、希望、旅行、特徴的、原因、付随)			
遺伝傾向	母 父	QX	
	母母 母父 父母		
	兄弟 父父		
薬の使用			
ホメオパシー的診断の理由と覚書			