

愛せる母・スピリチュアルクリニック [問診票]

ふりがな

氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手 _____ 右 _____ 左 _____

生年月日 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男 _____ 女 _____ 職業 _____

〒 _____ 住所 _____

連絡電話番号 _____

このクリニックを紹介していただいた方があれば書いて下さい。(_____)

本日受診した理由はなんですか？ その症状・病気のこれまでの経過・治療についても記載ください。

治療を受けることでどのように変わりたいですか？

子供の時に起こった重要なエピソードがあれば書いて下さい。

現在最もストレスとなっていることがあれば書いて下さい。

生まれてから今までにかかった疾患名（正確に）をすべて書いて下さい。

手術があれば、その臓器と手術名をわかる範囲で書いて下さい。

家族構成と健在・病気・死亡などについて、祖父母、兄弟、子供、孫までの範囲で書いて下さい
特に重大なご病気を持っておられる方があれば誰か書いて下さい。

同居している家族をすべて書いて下さい。

内服している薬名をわかる範囲で書いて下さい。

アレルギーがあればお教えてください。

サプリメントや代替医療を受けていればそれを書いて下さい。

霊的な経験が何かございましたらお教えてください。