

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

郵便番号

住所

連絡電話番号

1.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。

()

2.本日受診した症状（病気）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。

3.私の治療を受けることでどのように変わりたいですか？

4.内服している薬名をわかる範囲で書いて下さい。

5.サプリメントや代替医療（霊的な治療も）を受けていればそれを書いて下さい。

6.アレルギーがあればお教えてください。

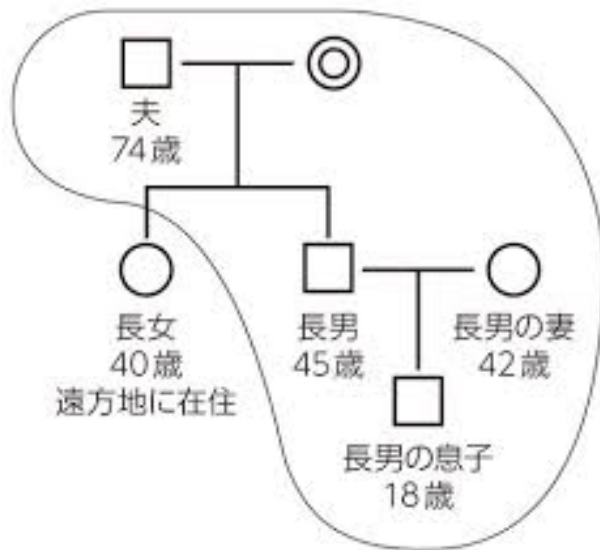
7.生まれてから今までにかかった疾患名（医師の診断名）をすべて書いて下さい。

8.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。

9. 家族構成と健在・病気・死亡などについて、祖父母、両親、兄弟姉妹、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。

(例) こんな感じで書いていただいてもいいです。○で囲んだのは同居の家族です。



10. 同居している家族をすべて書いて下さい（上記例のように書いてもらってもいいです）。

11. 子供の時に起こった重要なエピソード（特に嫌だったこと、辛かったこと、悲しかったこと）があれば書いて下さい。

12. 現在の病気以外のことで、あなたの人生の中で最もトラウマやストレスとなっていることがあれば書いて下さい。

13. 霊的な経験が何かございましたらお教えてください。