



健康相談のご案内

様

この度はホメオパシー健康相談のご予約をいただきまして誠にありがとうございます。

ご予約の日時			担当ホメオパス
月	日 (曜日)	時	比嘉 眞紗子

■当日のご案内

相談料

大人	10,800円 (半年以内、2回目以降8,640円)
小人 (小学生以下)	8,640円 (半年以内、2回目以降7,560円)
動物	8,640円

※レメディ適応書をお出し致しますので、それに沿ってレメディは各自ご注文下さい。

●当日以下のものをご持参ください。

- ・ホメオパシー質問表
- ・ご本人様の母子手帳 (お手元がない場合はなくても結構です)
- ・相談料 (お支払い方法は、現金のみとなります)
- ・同意書

●キャンセルの場合

- ・ご都合によりご予約の変更を希望される場合はお早めにご連絡ください。
- ・健康相談2前日の営業日の17:00以降のキャンセルは、大人、小人共に3,240円のキャンセル料がかかります。
- ・遅刻により相談会が行われなかった場合も同様のキャンセル料がかかります。

●ホメオパシーセンターからのお願い

- ・ご予約時間の5分前には会場へお越しください。
- ・相談会の撮影・録音はお断りしております。
- ・香水・化粧品等の香りの強いものはご遠慮ください。
- ・ホメオパシーセンター名古屋緑では「飲食可能」です。
お昼や間食等、お待ちしております。
- ・当センターではお客様用のおもちゃや絵本をご用意しておりますが、お子さまがお気に入りのおもちゃ等もご用意なさることをおすすめ致します。
(相談が1時間に及ぶため)

●会場

ホメオパシーセンター名古屋緑

〒458-0808

愛知県名古屋市緑区東神の倉3丁目3511

自然派倶楽部 **Mama's**

TEL&FAX (052)878-3833

ホメオパシー動物健康相談の同意書

1. 私（飼い主）は、『症状はありがたい』または『人はなぜ病気になるのか』DVD 視聴等によって、ホメオパシー療法を理解したことを確認します。
2. ホメオパシー療法は、獣医師などの医学的治療の代替をするものではなく、滞った自然治癒力を揺り動かす、自分で自分の健康を取り戻す健康法であることを確認します。
3. 私（飼い主）は、必ずしもホメオパシー療法で治癒に導けるとは限らないことを認識しています。
4. レメディーは、病気治療を目的とする薬ではなく、自然治癒力を揺り動かすためのものであることを確認します。
5. ホメオパシー療法における質問は、医学的診断を目的としたものではなく、自然治癒力の滞りを知り、同種のレメディーを選択するために行われるものであることを確認します。
6. ホメオパシー療法中に自己治癒力が活性化し、一時期、症状が悪化したように見えることがあります（好転反応）。これは体内の老廃物が排出されている姿であり、時には、症状が強くなる場合や長引く場合もあることを理解します。しかし、その症状があまりにも長引く場合は、自分の判断で、他の療法や検査を行います。
7. 私（飼い主）は自分もしくは家族が、獣医師などの有資格の専門家に相談することが必要であると判断したときは、それを実行することを約束します。
8. 獣医師から出された薬に関して、また今後薬をとることにしても、自分（飼い主）もしくは家族が判断し、責任をもつこととします。
9. ホメオパシー療法での改善が難しいと判断された場合、ホメオパシー健康相談を受けられないこともあるということを了承します。（特に、ガンなどの難病の場合は、自己治癒力が触発されづらいこともありますので、他の療法も併用してください。）
10. 動物健康相談が担当ホメオパスとの信頼関係のもとで継続して良好に行われるために、不用意にその内容を公表しないことを約束します。
11. 私（飼い主）並びに家族が「動物健康相談のご案内」を読み、十分理解した上で、ホメオパシー動物健康相談を受けることに同意します。場合によっては、家族が反対する場合は、受けることができないことを同意します。
12. 状況に応じて必要な時には確認書（別紙）にサインをします。
13. この同意書は、今後のホメオパシー動物健康相談においても有効とします。
14. レメディー適用書発行のため、豊受オーガニクスショッピングモールに会員登録することを了承します。

私は「ホメオパシー動物健康相談の同意書」を読み、十分理解した上で、上記の事項に同意します。

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

動物名

ご署名

印

（飼い主・保護者様）

※相談者が未成年者の場合は、保護者の署名・捺印をお願いします。

ご住所

センター名

※ホメオパシー健康相談を希望する場合は、この同意書の提出が必要となります。必要事項をご記入の上、署名・捺印してご提出ください。提出いただけない場合は、原則お受けできませんのでご了承ください。
※個人情報については、本同意書に同意いただいた旨の確認のみに使用させていただきます。また、健康相談に関する個人情報は、厳重に管理することを約束します。
※相談会の内容を学術及びホメオパシーの啓蒙の目的で発表することがあります。

日本ホメオパシー医学協会では、ホメオパスとしての心得として以下の事項を規定しております。

ホメオパス倫理規程 第3条3項

本協会認定ホメオパスは、クライアントが病院での検査、診察等を受けることに否定的であってはならない。病院での検査が必要と判断される場合は、速やかにその旨をクライアントに伝えなければならない。なお、検査を受けるか否かの最終判断は、あくまでもクライアントが行うものであり、本協会認定ホメオパスが強制することはあってはならない。ただし、慢性疾患のクライアントに対しては、病院での定期的な検診を勧めることが望ましい。



確 認 書

私は、担当ホメオパス_____より、検査・診断等の
必要性の説明を受け、医療機関への受診を勧められましたが、
私自身の判断と選択により、現代医学の治療を受けません。

※この文書は必要な場合には公的機関への提出が行われることを
了解いたします。

年 月 日

氏名 _____

印

必要な場合には、家族の了解も得、以下に家族のサインも記載願います。

ご家族の氏名 _____

印

日本ホメオパシー医学協会倫理規定 第3条より

「本協会認定ホメオパスは、クライアントが病院での検査、診察等（以下、検診という）を受けることに否定的であってはならない。病院での検診が必要と判断される場合は、速やかにその旨をクライアントに伝えなければならない。なお、検診を受けるか否かの最終判断は、あくまでもクライアントが行うものであり、本協会認定ホメオパスが強制することはあってはならない。ただし、慢性疾患のクライアントに対しては、病院での定期的な検診を勧めることが望ましい」