日本ホメオパシー財団　日本ホメオパシー医学協会

ホメオパシー健康相談の同意書

１．私は、『由井寅子のホメオパシー療法入門』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、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し、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．私は、自分自身の心と体に責任を持ちます。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、症状が強く出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．本人もしくは家族が、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．医師から出された薬に関して、また今後薬をとることに関しても、本人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．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．本人並びに家族が「健康相談のご案内」を読み、十分理解した上で、本人がホメオパシー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．相談会情報の正確な把握、内容確認のため、記録として、録音（もしくは録画）することに同意します。
１３．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。
１４．この同意書は、今後のホメオパシー健康相談においても有効とします。

私は「ホメオパシー健康相談の同意書」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
ご署名　　印
(ご本人様)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご署名　　印
(ご家族・ご両親お二人様)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※相談者が未成年者の場合は、ご両親お二人様の署名・捺印もお願いします。

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。

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　20210504
Copyright (C)1997-2023 Japanese Homoeopathic Medical Association All Rights Reserved.