

## ホメオパシー健康相談のご案内

日本ホメオパシー財団  
日本ホメオパシー医学協会 (JPHMA)  
日本ホメオパシーセンター東京千鳥ヶ淵  
認定ホメオパス No. 0411  
弁護士・医学博士 秋山 佳胤

### ■ホメオパシー健康相談を受けられる方へ

●ホメオパシーは自然治癒力を活性化させる自然な療法です。治癒の過程において好転反応がおきる場合があります、ホメオパシー療法について十分にご理解の上健康相談を受けられることが自然な治癒を妨げないために必要となります。

### ■好転反応について

●好転反応は、体や心の詰まりを排毒しようとする自然な働きです。

●ホメオパシー療法においては、本当の健康を取り戻す過程で、過去の解決していない心身の問題が戻ってきたり、抑圧されていたものの排泄が始まって辛い思いをすることもあります。このため事前にホメオパシー療法や好転反応についてご理解いただくことをお願いしております。講演会やDVD上映会等にご参加いただいたり、講演会へのご参加が難しい場合は、「症状はありがたい」DVDを視聴されることをお勧め致します。

●好転反応として以下のようなことがあげられます。

発熱、下痢、咳、発疹、分泌物の増加、体がだるく眠い、風邪の様な症状、過去の症状・痛み・記憶・感情的なものなどが戻ってくる等。

(これらは健康に戻ろうとして体毒を排泄している代表的な状態です)

ホメオパシーにおける治癒の方向性を体系化した「ヘリングの法則」をRAHテキストより引用します。

- I 上から下へ (体の下の方へ症状が移行していきます)
- II 中から外へ (体内に溜まっていたものが体外へ排出されます)
- III 心から体へ (心の問題が解きほぐされ、体の症状へと移行していきます)
- IV 重要な器官からより重要でない器官へ (肝臓の痛みはなくなったが痰が出るなど)
- V 逆順序の法則 (回復の過程で以前に患っていた症状が戻ってきます)

●体の状態の変化、心や感情の変化、その他なにか変化があったことや気付いたことなどを記録しておき、次回の健康相談の時に担当ホメオパスにご報告ください。

●好転反応が出て辛い場合は、レメディーキット(\*1)の中から症状に合うレメディーをとり様子を見てください。

●ご心配な時や辛い時は、メールやFAXにて担当ホメオパスにご相談ください。

●ご自身あるいはご家族の判断により、医師などの専門家への相談が必要と思われる場合は、これを制限するものではありません。ご自分やご家族の方が納得できる形で、それぞれの方に合ったペースでホメオパシー療法を続けられ、ご自分の自然治癒力を取り戻されることを願っております。

#### \*1 レメディーキット

市販のレメディーキットなどをご用意いただくと、好転反応が出た時などにとても便利です。また、皮膚に症状が出やすい方は、市販の各種スパジリック(ホメオパシク)クリームなどをご用意されることをお勧めいたします。

## ■ホメオパシー健康相談について

### ●健康相談にて行われる質問について

ホメオパスはレメディーを選択するために様々な質問をいたします。その中には食べ物の好き嫌いや性格など、一見相談者が抱えている問題と無関係と思われる質問や、突拍子もないと感じる質問もあるかもしれません。又、ご自分にとって辛いこと、思い出したくないこと、聞かれたくないこと等もお聞きすることがあります。何故このようなことを聞かれるのかと気分を害されることもあるかもしれませんが、ホメオパシーでは表面化している問題は結果であり、問題を解決する正しい方法として、まず原因を探ることが重要だと考えます。このようなホメオパシー的質問は、相談者の全体像を知ると同時に自然治癒力の滞っている部分を見つけ出し、的確なレメディーを選択するために大変重要であるということをご理解ください。

### ●クオンタムゼイロイドについて

健康相談ではクオンタムゼイロイド・スキオ（以下 QX-SCIO）というエネルギー測定・修正器を適宜、使用させていただく場合がございます。

#### <ご注意>

※QX は医療用診断器ではありません。エネルギー的な数値を見るためのものです（エネルギー的な修正を行う場合もあります）。QX で病気等がわかるわけではありません。主に的確なレメディーを選択するための情報を得るツールとして使用しております。

※金属やプラスチックのアレルギーがある方・ペースメーカーを使用している方は、装着前にホメオパスにお伝えください。

## ■再相談について

●慢性的な症状の方は、最低でも4~5回は継続して受けられることをお勧めいたします。再相談は、レメディーをとり終えて一週間後くらいが目安となります（2回目以降の料金体系も初回と同一となります）。

●健康相談終了後に次回の相談会について、ご予約いただくことをお勧めいたします。間近になりますとご希望の日にお取りできない場合もありますのでお早めのご予約をお願いいたします。

## ■同意書について

●日本ホメオパシー医学協会は、日本で唯一ホメオパシー職業保険を持つ非営利団体です。この職業保険適用のための手続の1つとして、下記のとおり、同意書のご署名ご捺印をお願いしておりますので、どうぞよろしくお願ひします。

●「ホメオパシー健康相談のご案内」を熟読され、ご理解の上、同意書にご署名・ご捺印ください。なお、同意書を提出いただけない場合は、健康相談をお受けいただけません。

●未成年の方の場合は、保護者の方のご署名・ご捺印も必要になります。なお、小さいお子さまの場合は、保護者の方の代筆にてお願いいたします。

●動物相談の場合は、飼い主の方のご署名・ご捺印が必要となります。

●同意書は健康相談をお受けいただくお1人様につき1枚ずつご記入をお願いいたします。動物相談も同様に動物1体につき1枚ずつご記入ください。

※ご住所、ご記入日の記入漏れの無いようご注意ください

※「同意書（家族用）」について

下記の場合、ホメオパシーに対するご家族の理解と同意が必要となります。

1. 精神的問題を抱えている場合
2. 長年に渡って薬を摂られてきた場合
3. 難病等で、好転反応の時にご家族の介護が必要な場合

未解決の身心の問題や過去の記憶・感情が戻って来る場合も多く、また強いお薬を長期で摂られた方は激しい排出が起こる場合もあり、ホメオパシー療法による改善にはかなりの忍耐と時間が要求され、ご家族のサポートが必要不可欠となります。ご家族のサポート無しの改善は難しいことを何卒ご理解ください。

そのため、上記の1. 2. 3. に該当する方には、ご家族の同意書もあわせて、ご提出をお願いしております。

## ■ご相談料について 末尾添付別紙のとおりです。

# 同意書

1. ホメオパシー療法は、医師などの有資格者による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。
2. 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。
3. 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。
4. ホメオパシー療法中に自然治癒力が活性化し、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。
5. ホメオパシー健康相談における質問は、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. 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。
7. 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、本人もしくは家族が判断し、責任をもつこととします。
8. 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）。
9. 健康相談が担当ホメオパスと信頼関係のもと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。
10. 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。家族が反対する場合、状況により、相談を受けることができないことがあるのを同意します。
11. 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。
12. この同意書は、今後のホメオパシー相談においても有効とします。
13. レメディー適用書の発行等のため、豊受オーガニックショッピングモールに登録し、会員となることを了承します。

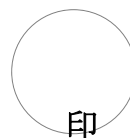
私は「健康相談のご案内」を読み、十分理解した上で、上記の事項に同意します。

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

ご署名

(ご本人)



印

ご署名

(保護者)



印

※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

※ホメオパシー健康相談を希望する場合は、この同意書が必要となります。署名、捺印、必要事項をご記入の上ご提出ください。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、本同意書に同意頂いた旨の確認のみに使用させていただきます。

※ケース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。不都合があるかたは、ご相談ください。

※質問票を含め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。

# 同意書（ご家族用）

1. ホメオパシー療法は、医師などの有資格者による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。
  2. 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。
  3. 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。
  4. ホメオパシー療法中に自然治癒力が活性化し、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。
  5. ホメオパシー健康相談における質問は、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. 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。
  7. 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、本人もしくは家族が判断し、責任をもつこととします。
  8. 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）。
  9. 健康相談が担当ホメオパスと信頼関係のもと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。
  10. 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。家族が反対する場合、状況により、相談を受けることができないことがあるのを同意します。
  11. 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。
  12. この同意書は、今後のホメオパシー相談においても有効とします。
- 私は「健康相談のご案内」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

相談会を受けられる方の名前

フリガナ

ご署名

(ご家族)

印

ご住所

(ご家族)

続柄： / TEL(連絡先:必ずご記入ください)

※個人情報については、本同意書に同意頂いた旨の確認のみに使用させていただきます。

※質問票を含め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。

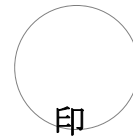
# 動物相談 同意書

1. ホメオパシー療法は、獣医師などの有資格者による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。
  2. 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。
  3. レメディーは、病気の治療を目的とする薬ではなく、自然治癒力を揺り動かす為のものであることを確認します。
  4. ホメオパシー療法中に自然治癒力が活性化し、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。必要を感じた場合は、自分の判断で、他の療法や検査を行います。
  5. ホメオパシー健康相談における質問は、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. 本人もしくは家族が、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。
  7. 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、本人もしくは家族が判断し、責任をもつこととします。
  8. 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。
  9. 健康相談が担当ホメオパスと信頼関係のもと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。
  10. 本人もしくは家族が「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。
  11. 状況に応じて必要な時には確認書（別紙）にサインをしていただくことがあります。
  12. この同意書は、今後のホメオパシー相談においても有効とします。
- 私は「健康相談のご案内」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

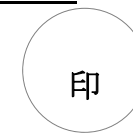
フリガナ

動物名



ご署名

(飼い主)



※相談者が未成年者の場合は、保護者の署名・捺印もお願いします。

ご住所

※ホメオパシー健康相談を希望する場合は、この同意書が必要となります。署名、捺印、必要事項をご記入の上ご提出ください。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、本同意書に同意頂いた旨の確認のみに使用させていただきます。

※ケース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。不都合があるかたは、ご相談ください。

※質問票を含め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。

2019年10月

## 相談会等の費用について

弁護士・医学博士  
秋山 佳胤

### 第1条 相談会の目的

健康相談は、御相談者をご自身の自然治癒力で心身共に健康になり、本来のお力を発揮されることのお手伝いをさせて頂くことを目的としております。

対面でのご相談は受付を終了していますが、メール等での通信相談とホメオパシーのレメディの選択についてはしばらく継続しています。

### 第2条 費用

健康相談等の費用は、メール等のやりとりおよびレメディの選択を含めて、原則として、以下のとおりとします。

11,000円（消費税込）

### 第3条 費用の減免

第1条に記載しましたとおり、健康相談は、御相談者が本来のお力を取り戻される助力になることを目的としております。そして、御相談者が、元気になられ、本来の力を取り戻されることは、ご本人のみならず、社会全体にとって有益なことです。

他方、経済的事情等により、費用をお支払い頂くことが困難な場合も考えられます。このような場合であっても、ホメオパシーの恩恵を享受して頂くことは、相談を担当させて頂く側としても嬉しいことです。

そこで、このような事情がある場合には、遠慮無く御相談ください。事情に応じて、相談費用等の減額または免除を検討させて頂きたいと思っております。

以上

