**ホメオパシーコンサルテーションの同意書**

1.私はホメオパシー療法を予め理解している事を確認します。

2.ホメオパシー療法は、医師などの医学的治療を代替するものではなく、自然治癒力を刺激し、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で治癒に導けると限らない事を認識しています。

4.レメディー、並びにティンクチャーは病気治療の薬ではなく、自然治癒力を刺激する目的のものである事を確認します。

5.レメディーを使用し、自己治癒力が活性化し、一時的に症状が悪化したように見える事があります。これは好転反応であり、体内の老廃物が排出する事もあります。時には症状が強く出たり、長引く事もあり得る事を理解します。余りにも長引く場合には、自分の判断により、検査や他の療法を行います。

6.本人若しくは家族が、医師などの有資格者の専門家に相談する必要があると判断した場合は、それを実行することを確認します。

7.医師から処方された薬剤に関して、本人若しくは家族が判断し、責任を持つことを確認します。

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、コンサルテーションを継続しない事もあるという事を了承します。

9.ホメオパシー療法のコンサルテーションについて、担当ホメオパスとの信頼関係を保ちながら良好に行われる為に、不用意にその内容を公表しないことを約束します。

10.この同意書は、今後のコンサルテーションにおいても有効です。

**私は「ホメオパシーコンサルテーションの同意書」を読み、十分理解した上で、上記の事項に同意いたします。**

**ご記入日　西暦　　　年　　　　月　　　日**

**ご署名**

**ご住所　　〒**

※ご相談者が未成年の場合は、保護者の署名もお願いいたします。

**ホメオパシーオリーブ湘南辻堂**　**〒251-0047神奈川県藤沢市辻堂2-20-14**