

質問票 毛髪ミネラル検査(26元素)



0				5	申 込 日	年 月 日
フリガナ	ミ ホ ン ハ ナ コ				電 話 番 号	03 (5614) 2711
受 検 者 名	見 本 花 子				F A X	03 (3668) 5001
					e - m a i l	info@lbv.co.jp
住 所	〒103-0006 東京都中央区日本橋富沢町 8-4 イワサキ第一ビル 2 F					

性 別	☐ 男 ☒ 女 (妊娠していますか? ☐ はい) (6ヶ月以内に出産されましたか? ☐ はい)					
生 年 月 日	1980 年 3 月 21 日 (33 歳)			身 長	160.5 cm	
血 液 型	☒ A ☐ B ☐ O ☐ AB			体 重	55.5 kg	

採 取 箇 所	頭髪以外の方はご記入ください。()			採 取 日	2013 年 5 月 2 日	
状 態	カラーリング(毛染め)	☐ 1ヶ月以内	☐ 2ヶ月以内	☒ 3ヶ月以内	☐ 6ヶ月以内)	
	ブリーチ(脱色)	☐ 1ヶ月以内	☐ 2ヶ月以内	☐ 3ヶ月以内	☐ 6ヶ月以内)	
	パーマメントウェーブ	☒ 1ヶ月以内	☐ 2ヶ月以内	☐ 3ヶ月以内	☐ 6ヶ月以内)	

煙 草	一日 (10) 本 × (12) 年間 ※ (2) 年前まで				
自 覚 症 状	☐ 倦怠感	☐ しびれ感	☐ 言葉が出てこない	☐ のど荒れ	
	☐ 脱力感	☐ 手足口のふるえ	☐ 舌がまわらない	☒ くしゃみ	
	☒ 疲れやすい	☐ 痙攣	☐ むくみやすい	☐ 咳	
	☐ 寝つきが悪い	☐ めまいがする	☐ 頻尿	☐ 痰	
	☐ 頭痛	☐ 耳鳴りがする	☐ 目がかすむ	☐ 水様鼻汁	
	☐ 顔色が悪い	☐ 聞こえにくい	☐ 目がかゆい	☐ 臭いがわからない	
	☐ 食欲がない	☐ 自閉傾向	☒ 疲れ目	☐ 腰痛がある	
	☒ 肩がこりやすい	☐ 躁鬱	☐ 結膜炎	☐ 筋肉が痛む	
	☐ 冷え性	☐ 落ち着きがない	☐ 腹痛	☐ 関節が痛む	
	☐ 風邪をひきやすい	☐ キレやすい	☐ 吐き気	☐ 発疹	
	☐ 発熱	☐ イライラしやすい	☐ 下痢	☒ しみ	
	☐ 悪寒	☐ 記憶力低下	☐ 便秘	☐ 肌あれ	
	☐ 寝汗	☐ 集中力低下	☐ 体重減少	☐ ニキビがしやすい	
	☐ 発汗	☐ 注意散漫	☐ 口内炎	☐ 抜け毛が気になる	
	☐ 息切れ	☐ 情緒不安定	☐ 歯茎の腫れ	一日 () 本	
	そ の 他	治療中・経過観察中の病気・アレルギーなどがある場合は病名・アレルギー原因物質などをご記入ください。			
		[高脂血症 アレルギーあり (大豆・卵・牛乳)]			
		摂取している薬・漢方薬・栄養補助食品(サプリメント)がある場合は名称をご記入ください。			
		[メバロチン、リポバス、リピトール ビタミン類含有食品、ミネラル類含有食品]			

質問票を記入する前によくお読みください。

質問票の記入について①



検査結果を評価する上で重要な情報となりますので、漏れのないよう正確にご記入ください。

- ※1 毛髪を採取したときにご記入ください。
- ※2 記入漏れがある場合、お電話またはメールにて確認のご連絡を差し上げます。記入漏れ項目のご回答をいただいてから検査しますので、検査結果表のお届けが遅れる場合がございます。
- ※3 記入内容に誤りがあると、ミネラルの過不足の評価が正しくできない・検査履歴が表示されないなどの場合がございます。

① お名前とご連絡先

○フリガナ

お名前をカタカナでご記入ください。

○受検者名

お名前を漢字でご記入ください。

○電話番号

質問票の記入漏れなど、弊社より確認のご連絡を差し上げる際のお電話番号をご記入ください。

○FAX

FAXを受信できる場合はご記入ください。

○e-mail

メールアドレスをお持ちの場合はご記入ください。

○ご住所

検査結果表や毛髪量不足の通知書をお届けするご住所と郵便番号をご記入ください。

② 属性

○性別

男または女にチェックマークをご記入ください。

- ※1 妊娠されている場合は、該当欄にチェックマークをご記入ください。
- ※2 6ヶ月以内に産まれた場合は、該当欄にチェックマークをご記入ください。

○生年月日

生年月日と年齢をご記入ください。

○血液型

該当する血液型にチェックマークをご記入ください。

○身長

身長をご記入ください。

○体重

体重をご記入ください。

フリガナ	ミホンハナコ	電話番号	03 (5614) 2711
受検者名	見本花子	FAX	03 (3668) 5001
住所	〒103-0006 東京都中央区日本橋富沢町8-4 イワサキ第一ビル2F		
性別	男 ☐ 女 ☒ (妊娠していますか? ☐ はい (6ヶ月以内に産まれたか? ☐ はい)		
生年月日	1980年3月21日 (33歳)	身長	160.5 cm
血液型	☒ A ☐ B ☐ O ☐ AB	体重	55.5 kg
採取箇所	顔面以外の髪はご記入ください。()採取日 2013年5月2日		
状態	カラーリング (毛染め) ☐ 1ヶ月以内 ☒ 3ヶ月以内 ☐ 6ヶ月以内	ブラリーチ (脱色) ☐ 1ヶ月以内 ☐ 3ヶ月以内 ☐ 6ヶ月以内	パーマメントウェーブ ☒ 1ヶ月以内 ☐ 2ヶ月以内 ☐ 3ヶ月以内 ☐ 6ヶ月以内
自覚症状	一日 (10) 本 × (12) 年間 癢 (2) 年前まで		
自覚症状	☐ 倦怠感 ☐ しびれ感 ☐ 言葉が出てこない ☐ のど乾れ		
自覚症状	☐ 脱力感 ☐ 手足口のふるえ ☐ 舌がまわらない ☒ くしゃみ		
自覚症状	☒ 寝れやすい ☐ 虚汗 ☐ むくみやすい ☐ 咳		
自覚症状	☐ 寝つきが悪い ☐ めまいがする ☐ 嘔吐 ☐ 痰		
自覚症状	☐ 頭痛 ☐ 耳鳴りがする ☐ 目がさすむ ☐ 水様鼻汁		
自覚症状	☐ 顔色が悪い ☐ 聞こえにくい ☐ 目がさすむ ☐ 臭いがする		
自覚症状	☐ 食欲がない ☐ 自閉傾向 ☒ 寝れ目 ☐ 腰痛がある		
自覚症状	☒ 肩がこりやすい ☐ 膝痛 ☐ 結膜炎 ☐ 筋肉が痛む		
自覚症状	☐ 冷え性 ☐ 落ち着かない ☐ 腹痛 ☐ 関節が痛む		
自覚症状	☐ 風邪をひきやすい ☐ クレチンやイリ ☐ 吐き気 ☐ 便秘		
自覚症状	☐ 発熱 ☐ イライラしやすい ☐ 下痢 ☒ しみ		
自覚症状	☐ 鬱病 ☐ 記憶力低下 ☐ 便秘 ☐ 肌あれ		
自覚症状	☐ 寝汗 ☐ 集中力低下 ☐ 体重減少 ☐ ニキビがでやすい		
自覚症状	☐ 発汗 ☐ 注意散漫 ☐ 口内炎 ☐ 抜け毛が気になる		
自覚症状	☐ 息切れ ☐ 情緒不安定 ☐ 歯茎の腫れ 一日 () 本		
その他	治療中・経過観察中の病気・アレルギーなどがある場合は病名・アレルギー原因物質などを記入ください。 高脂血症 アレルギーあり (大豆・卵・牛乳) 摂取している薬・漢方薬・栄養補助食品 (サプリメント) がある場合は名称をご記入ください。 メパロチン、リボバス、リビトール ビタミン類含有食品、ミネラル類含有食品		

「質問票の記入について②」もご覧ください。

質問票を記入する前によくお読みください。

質問票の記入について②



③ 採取した毛髪について

○ 採取箇所

頭髮以外から採取した場合はご記入ください。

○ 採取日

毛髪を採取した日付をご記入ください。

○ 状態

6ヶ月以内にカラーリング(毛染め)、ブリーチ(脱色)、パーマネントウェーブをされた場合は、それぞれの該当欄にチェックマークをご記入ください。

④ 生活習慣・健康状態

○ 煙草

1日の平均喫煙本数と喫煙年数をご記入ください。

※1 以前吸っていた方は、喫煙時期及び当時の1日の平均喫煙本数と喫煙年数をご記入ください。

○ 自覚症状

自覚症状があるものにチェックマークをご記入ください。

※1 数が多い場合は、症状の重いほうから16症状までをご記入ください。

○ その他

病気・アレルギーについて

1. 治療中・経過観察中の病気がある場合は病名をご記入ください。

※1 完治した病気は、ご記入いただく必要はありません。

2. アレルギー症状がある場合はアレルギー原因物質をご記入ください。

例) 「そばアレルギー」、「ニッケルアレルギー」、「杉花粉アレルギー」、複数お持ちの場合は「アレルギーあり(大豆・卵・牛乳)」などのご記入ください。

薬・漢方薬・栄養補助食品(サプリメント)について

1. 医師から処方され、継続的に摂取されている薬・漢方薬の薬剤名をご記入ください。

例) 「高脂血症治療薬」という治療名でなく、「メパロチン」、「リポバス」、「リピトール」などの薬剤名をご記入ください。

2. 継続的に摂取されている栄養補助食品(サプリメント)の商品ラベルに記載されている名称をご記入ください。

例) 「ビタミン類含有食品」、「ミネラル類含有食品」、「サメ軟骨含有食品」、「コエンザイムQ10含有加工食品」、「イチョウ葉エキス含有食品」などの名称をご記入ください。

名 称	☆☆☆☆☆☆
原 材 料 名	
内 容 量	
賞 味 期 限	
保 存 方 法	こちらをご記入ください。
販 売 業 者	☆☆☆株式会社
製 造 業 者	☆☆☆株式会社

お送りいただく前に、記入内容に漏れや誤りがないかを再度ご確認ください。

毛髪を採取する前によくお読みください。

毛髪の採取について

SAMPLE

根元付近から約3cm、重さにして0.1gを、以下をご覧になり採取してください。

- ※1 毛髪の成長は1ヶ月に1cmと言われており、3cmで3ヶ月間の身体状況を表していることになります。この期間は、健康管理にお役立ていただく上で最適と考え設定したものです。
- ※2 カラーリング(毛染め)、ブリーチ(脱色)、パーマントウェーブをされた直後は、測定値への影響が強く出ることがございますので採取を避けてください。

● 髪の長い方の場合

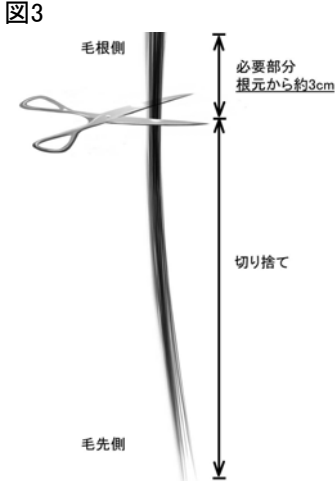
- 図1



図2



図3



- ① 後頭部の髪をかきあげます(図1)。
 - ② 内側の髪をひとつまみ切り取ります(図2)。この際、なるべく根元に近い部分から採取してください。
 - ※1 同じ箇所から毛髪を切るのが気になる方は、少しずつ数箇所から採取すれば目立ちません。
 - ※2 毛髪を抜く必要はありません。
 - ※3 お子様の場合、毛髪が柔らかく軽いため、少し多めに採取してください。
 - ③ 根元に近い部分から約3cmの長さが必要となりますので、毛先側は切り捨ててください(図3)。
 - ④ 検体袋にお名前・フリガナ・年齢・性別を記入し、毛髪をそのまま検体袋に入れてください。
 - ※1 毛髪は、紙・ティッシュ・ラップ・ビニール袋などには包まないでください。

● 髪の短い方の場合

- 図1



- ① 後頭部の髪をかきあげ、内側の髪を根元付近からひとつまみ切り取ります(図1)。
 - ※1 毛髪が3cmに満たない場合は、採取量を多くしてください。規定量(0.1g)を満たしていれば問題ありません。
 - ※2 同じ箇所から毛髪を切るのが気になる方は、少しずつ数箇所から採取すれば目立ちません。
 - ※3 毛髪を抜く必要はありません。
 - ※4 お子様の場合、毛髪が柔らかく軽いため、少し多めに採取してください。
 - ② 検体袋にお名前・フリガナ・年齢・性別を記入し、毛髪をそのまま検体袋に入れてください。
 - ※1 毛髪は、紙・ティッシュ・ラップ・ビニール袋などには包まないでください。

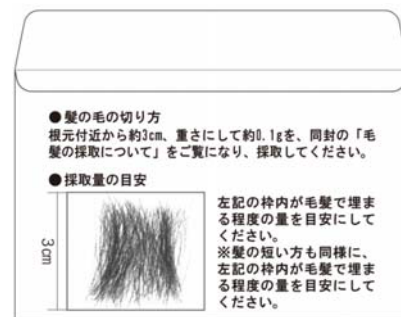
● 毛髪採取量の目安

検体袋裏面の枠内が毛髪で埋まる程度の量を目安にしてください。

- ※ 髪の短い方も同様に、枠内が毛髪で埋まる程度の量を目安にしてください。
- ※ 髪の長い方の場合、枠の高さが3cmとなっていますので、こちらを参考にハサミで毛髪の長さを調節してください。



毛髪が規定量に満たない場合、再度お送りいただくことがあります。



気持ち多めの採取を心掛けていただきますよう、よろしくお願いします。