

質問票 有害ミネラル検査(6元素)



フリガナ	ミホン ハナコ	申込日	年 月 日
受検者名	見本 花子	電話番号	03 (5614) 2711
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	F A X	03 (3668) 5001
		e - m a i l	info@lbv.co.jp

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (妊娠していますか? <input type="checkbox"/> はい) (6ヶ月以内に出産されましたか? <input type="checkbox"/> はい)
生年月日	1980年3月21日 (33歳)
血液型	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB
身長	160.5 cm
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)	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input checked="" type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	
	ブリーチ(脱色)	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	
	パーマメントウェーブ	<input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	

煙草	一日 (10) 本 × (12) 年間 ※ (2) 年前まで																																																												
自覚症状	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>倦怠感</td> <td><input type="checkbox"/>しびれ感</td> <td><input type="checkbox"/>言葉が出てこない</td> <td><input type="checkbox"/>のど荒れ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脱力感</td> <td><input type="checkbox"/>手足口のふるえ</td> <td><input type="checkbox"/>舌がまわらない</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>くしゃみ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>疲れやすい</td> <td><input type="checkbox"/>痙攣</td> <td><input type="checkbox"/>むくみやすい</td> <td><input type="checkbox"/>咳</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>寝つきが悪い</td> <td><input type="checkbox"/>めまいがする</td> <td><input type="checkbox"/>頻尿</td> <td><input type="checkbox"/>痰</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>頭痛</td> <td><input type="checkbox"/>耳鳴りがする</td> <td><input type="checkbox"/>目がかすむ</td> <td><input type="checkbox"/>水様鼻汁</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>顔色が悪い</td> <td><input type="checkbox"/>聞こえにくい</td> <td><input type="checkbox"/>目がかゆい</td> <td><input type="checkbox"/>臭いがわからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>食欲がない</td> <td><input type="checkbox"/>自閉傾向</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>疲れ目</td> <td><input type="checkbox"/>腰痛がある</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>肩がこりやすい</td> <td><input type="checkbox"/>躁鬱</td> <td><input type="checkbox"/>結膜炎</td> <td><input type="checkbox"/>筋肉が痛む</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>冷え性</td> <td><input type="checkbox"/>落ち着きがない</td> <td><input type="checkbox"/>腹痛</td> <td><input type="checkbox"/>関節が痛む</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>風邪をひきやすい</td> <td><input type="checkbox"/>キレやすい</td> <td><input type="checkbox"/>吐き気</td> <td><input type="checkbox"/>発疹</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>発熱</td> <td><input type="checkbox"/>イライラしやすい</td> <td><input type="checkbox"/>下痢</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>しみ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>悪寒</td> <td><input type="checkbox"/>記憶力低下</td> <td><input type="checkbox"/>便秘</td> <td><input type="checkbox"/>肌あれ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>寝汗</td> <td><input type="checkbox"/>集中力低下</td> <td><input type="checkbox"/>体重減少</td> <td><input type="checkbox"/>ニキビがやすい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>発汗</td> <td><input type="checkbox"/>注意散漫</td> <td><input type="checkbox"/>口内炎</td> <td><input type="checkbox"/>抜け毛が気になる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>息切れ</td> <td><input type="checkbox"/>情緒不安定</td> <td><input type="checkbox"/>歯茎の腫れ</td> <td>一日 () 本</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> しびれ感	<input type="checkbox"/> 言葉が出てこない	<input type="checkbox"/> のど荒れ	<input type="checkbox"/> 脱力感	<input type="checkbox"/> 手足口のふるえ	<input type="checkbox"/> 舌がまわらない	<input checked="" type="checkbox"/> くしゃみ	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> むくみやすい	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> 目がかすむ	<input type="checkbox"/> 水様鼻汁	<input type="checkbox"/> 顔色が悪い	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 目がかゆい	<input type="checkbox"/> 臭いがわからない	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 自閉傾向	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れ目	<input type="checkbox"/> 腰痛がある	<input checked="" type="checkbox"/> 肩がこりやすい	<input type="checkbox"/> 躁鬱	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 筋肉が痛む	<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 関節が痛む	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> キレやすい	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> イライラしやすい	<input type="checkbox"/> 下痢	<input checked="" type="checkbox"/> しみ	<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 記憶力低下	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 肌あれ	<input type="checkbox"/> 寝汗	<input type="checkbox"/> 集中力低下	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> ニキビがやすい	<input type="checkbox"/> 発汗	<input type="checkbox"/> 注意散漫	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 抜け毛が気になる	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 情緒不安定	<input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ	一日 () 本
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> しびれ感	<input type="checkbox"/> 言葉が出てこない	<input type="checkbox"/> のど荒れ																																																										
<input type="checkbox"/> 脱力感	<input type="checkbox"/> 手足口のふるえ	<input type="checkbox"/> 舌がまわらない	<input checked="" type="checkbox"/> くしゃみ																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> むくみやすい	<input type="checkbox"/> 咳																																																										
<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> 痰																																																										
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> 目がかすむ	<input type="checkbox"/> 水様鼻汁																																																										
<input type="checkbox"/> 顔色が悪い	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 目がかゆい	<input type="checkbox"/> 臭いがわからない																																																										
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 自閉傾向	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れ目	<input type="checkbox"/> 腰痛がある																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> 肩がこりやすい	<input type="checkbox"/> 躁鬱	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 筋肉が痛む																																																										
<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 関節が痛む																																																										
<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> キレやすい	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 発疹																																																										
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> イライラしやすい	<input type="checkbox"/> 下痢	<input checked="" type="checkbox"/> しみ																																																										
<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 記憶力低下	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 肌あれ																																																										
<input type="checkbox"/> 寝汗	<input type="checkbox"/> 集中力低下	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> ニキビがやすい																																																										
<input type="checkbox"/> 発汗	<input type="checkbox"/> 注意散漫	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 抜け毛が気になる																																																										
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 情緒不安定	<input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ	一日 () 本																																																										

その他	<p>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。</p> <p>[高脂血症 アレルギーあり (大豆・卵・牛乳)]</p> <p>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。</p> <p>[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]</p>
-----	---

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ヶ月以内に出産された場合は、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
		e-mail	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2F		
性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> (妊娠していますか? <input type="checkbox"/> はい (6ヶ月以内に出産されましたか? <input type="checkbox"/> はい)	生年月日	1980年3月21日 (33歳)
血液型	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	身長	160.5 cm
		体重	55.5 kg
採取箇所	頭髮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 ()3ヶ月以内 ()6ヶ月以内 ()6ヶ月以内 ブリーチ(脱色) ()1ヶ月以内 ()3ヶ月以内 ()6ヶ月以内 ()6ヶ月以内 パーマネットウェーブ ()1ヶ月以内 ()2ヶ月以内 ()3ヶ月以内 ()6ヶ月以内		
健康	薬 一日 (10) 本 × (12) 年間 ※ (2) 年前まで <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> しびれ感 <input type="checkbox"/> 言葉が出てこない <input type="checkbox"/> のど乾れ <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> 手足口のふるえ <input type="checkbox"/> 舌がまわらない <input checked="" type="checkbox"/> くしゃみ <input checked="" type="checkbox"/> 寝れやすい <input type="checkbox"/> 虚寒 <input type="checkbox"/> むくみやすい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 目が充血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 顔色が悪い <input type="checkbox"/> 胸がつかい <input type="checkbox"/> 目が充血 <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 自閉傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 寝れ目 <input type="checkbox"/> 腰痛がある 自覚症状 <input checked="" type="checkbox"/> 肩がこりやすい <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 筋肉が痛む <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 関節が痛む <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 冷えやすい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> イライラしやすい <input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> み <input type="checkbox"/> 膨満 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 肌あれ <input type="checkbox"/> 寝汗 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> ニキビがでやすい <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 抜け毛が気になる <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 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。 メバロチン、リポバス、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

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となります。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なる場合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

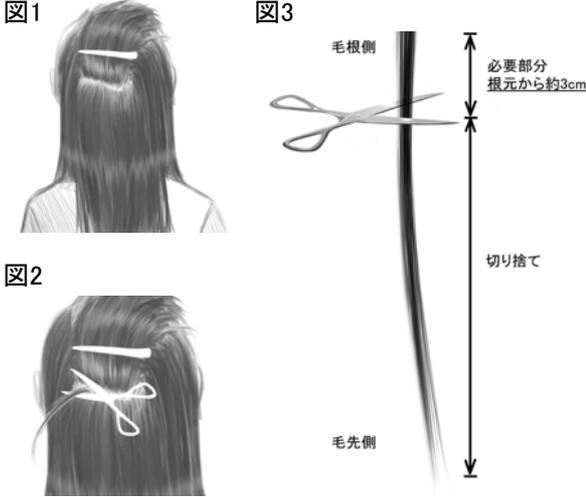


図1

図2

図3

毛根側

必要部分
根元から約3cm

切り捨て

毛先側

- 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。

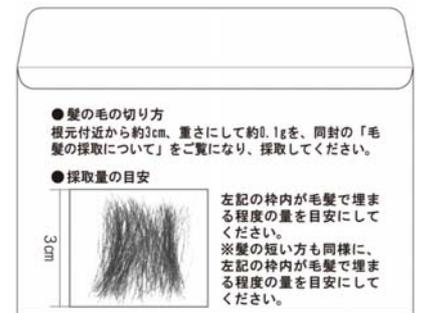
● 毛髪採取量の目安

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、よろしくお願いいたします。