

質問票 爪有害ミネラル検査 (10元素)

御社名

下記太字赤枠内は必須ご記入事項です。

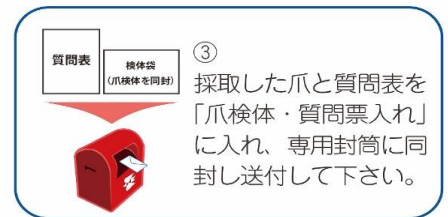
0					申込日	平成	年	月	日
フリガナ					TEL	()			
受検者名					FAX	()			
					E-mail				
ご住所	〒								
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (現在、妊娠していますか? <input type="checkbox"/> はい) (6か月以内に出産されましたか? <input type="checkbox"/> はい)								
生年月日	年	月	日	()					

見本

下記の項目に該当する方は選択または記入してください。

職種	<input type="checkbox"/> 化学工業品製造業 <input type="checkbox"/> 医薬品・化粧品製造業 <input type="checkbox"/> 石油製品・石炭製品製造業 <input type="checkbox"/> プラスチック製品製造業 <input type="checkbox"/> ゴム製品製造業 <input type="checkbox"/> 窯業・土石製品製造業 <input type="checkbox"/> 製鉄・非鉄金属精製業 <input type="checkbox"/> ブリキ缶・その他めっき板等製品製造業 <input type="checkbox"/> 金属製品製造業 <input type="checkbox"/> 半導体業 <input type="checkbox"/> 自然科学研究所 <input type="checkbox"/> 洗濯・理容・美容業 <input type="checkbox"/> 産業廃棄物処理業
爪の状態	マニキュア、ネイルをされていた方は下記項目にチェックしてください。 マニキュアを落としてから (<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上) ネイルオフしてから (<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上)
煙草	1日 ()本 × ()年間 ※やめた。()年前まで喫煙していた。

検査の手順



※爪の採取は**手の爪のみ**の対応とさせていただきます。送付いただいた爪の量が足りない場合や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。

※**マニキュアは落とし、ネイルはオフして**から爪の採取をしてください。

※記入内容に誤りがあると、正しい測定値が得られない場合がございます。

※爪が汚れていると測定値に影響を及ぼす可能性があるため、**お風呂上がり後**の採取をおすすめします。