



毛髪ミネラル検査キット送付のご案内

このたびは毛髪ミネラル検査をお申込みいただき、誠にありがとうございます。「検査キットの内訳」に記載されているものが全て揃っているかご確認の上、毛髪と質問票をお送りください。毛髪と質問票をお送りいただいてから約3週間で検査結果表がお手元に届きます。

- ※万が一、検査キットに不足・破損などがございましたら、再度お送りいたしますので、下記の「お客様総合窓口」までご連絡ください。
- ※検査キットをお受け取りになってから3ヶ月以上経過した場合は、検査結果表の内容、または検査の履行などについて保証できない場合がございます。
- ※お急ぎの方は返信用封筒に切手を貼ってお送りいただくと、約2～3日早くなります。

検査キットの内訳

A



- A: 送付のご案内（本紙）
質問票（2枚）
毛髪の採取について
- B: 検体袋
- C: 返信用封筒

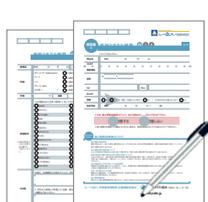


B



C

検査の流れ

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1 毛髪を切ります。</p>  <p>同封の「毛髪の採取について」を参考に採取してください。</p> | <p>2 質問票に記入。</p>  <p>質問票は1と2があります。記入漏れのないようにご記入ください。</p> | <p>3 ポストに投函。</p>  <p>毛髪を入れた検体袋と質問票1、2を返信用封筒に入れ、投函してください。</p> | <p>4 検査結果が届きます。</p>  <p>ポストに投函後、2～3週間で結果結果が届きます。</p> |
|---|--|--|--|

ら・べるびい 予防医学研究所 お客様総合窓口

〒103-0006
東京都中央区日本橋富沢町 8-4 イワサキ第一ビル
tel. 03-5614-2711 fax. 03-3668-5001
HP. <https://www.lbv.jp/>



0120-117-424
平日 9:00 ~ 17:00



inf@LBV.jp



| | | | |
|--|--|--|--------|
| | | | キット ID |
|--|--|--|--------|



質問票
1

毛髪ミネラル検査 29 元 素

1/2

※すべてご記入ください。

基本情報

| | | | | |
|-------|---|-----|---|--------|
| 申込日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | | | |
| 受検者名 | | | | |
| 住所 | 〒 □□□-□□□□ | | | |
| tel | | fax | | |
| Email | | | | |
| 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か月以内に出産しましたか？ <input type="checkbox"/> はい | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 (歳) |

毛髪の状態

| 採取日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 採取箇所 | 頭髪以外の場合、ご記入ください () | | |
|-----|------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--|
| 状態 | カラーリング (白髪染めを含む) | <input type="checkbox"/> | 2週間以内 | <input type="checkbox"/> | 1か月以内 | <input type="checkbox"/> | 3か月以内 | |
| | パーマ | <input type="checkbox"/> | 2週間以内 | <input type="checkbox"/> | 1か月以内 | <input type="checkbox"/> | 3か月以内 | |
| | ヘナ | <input type="checkbox"/> | 2週間以内 | <input type="checkbox"/> | 1か月以内 | <input type="checkbox"/> | 3か月以内 | |
| | ブリーチ (脱色) | <input type="checkbox"/> | 2週間以内 | <input type="checkbox"/> | 1か月以内 | <input type="checkbox"/> | 3か月以内 | |
| | その他 () | <input type="checkbox"/> | 2週間以内 | <input type="checkbox"/> | 1か月以内 | <input type="checkbox"/> | 3か月以内 | |

※下記「個人情報のお取扱いについて」をよくお読みの上、 にチェックを入れて下さい。

同意する 同意しない

※個人情報のお取扱いに同意をいただけない場合は、検査を実施することができませんのでご了承ください。

Privacy Policy

個人情報のお取扱いについて

個人情報の利用目的

検査の実施に伴い、個人の特定と事後の問合せサービス対応のため、弊社及び弊社関連会社・提携先企業が提供する商品・サービスに関する情報をお知らせするため。

個人情報の第三者提供について

ご本人の同意がある場合または法令に基づく場合を除き、取得した個人情報を第三者に提供することはありません。

開示対象個人情報の開示など及び問合せ窓口について

ご本人の求めにより、弊社が保有する開示対象個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去及び第三者への提供の停止（「開示など」といいます。）を受付けております。開示などを受付ける窓口は、以下の「お客様総合窓口」をご覧ください。

個人情報を記入するにあたっての注意事項

受検者が個人情報を提供することは任意です。ただし、質問票の個人情報同意確認欄に同意されない場合、または個人情報を提供されない場合には検査を実施することができません。

学会・医学誌などへの発表

集積された検査結果データや検査結果例の学会、学会誌での報告は、氏名・生年月日・住所などを消去、匿名化するなどし、ご本人を特定できる内容の報告は一切しません。

個人情報保護方針

弊社サイトの個人情報保護方針をご覧ください。(https://LBV.jp/company/privacypolicy.html)





質問票
2

毛髪ミネラル検査 29 元 素

※自由記入（わかる範囲でご記入ください） ◆ 学術研究のための記入欄です。ご協力ください。

| | 平熱 | ℃ | 身長 | cm | 体重 | kg | 血圧 | / | |
|-----------|-----------------------------------|--|--|---|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| | ※当てはまる項目に✓をしてください。 | | | | | | | | |
| 生活習慣 | 運動 30 分以上 / 日 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 週に 1 ~ 2 日程度 | <input type="checkbox"/> 週に 3 日以上 | | | | | |
| | 運動強度 | <input type="checkbox"/> 低（隣の人と楽に会話できる） | <input type="checkbox"/> 中（息が少しはずむ） | <input type="checkbox"/> 高（息が上がりが会話ができない） | | | | | |
| | 上体起こし（腹筋運動） | <input type="checkbox"/> 3 回以上できる | <input type="checkbox"/> 3 回以上できない | | | | | | |
| | お酒 | <input type="checkbox"/> 毎日飲む | <input type="checkbox"/> 時々飲む | <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない | | | | | |
| | 喫煙 | <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> する（ ）本 / 日 | <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた | | | | | |
| | 睡眠 | 1 日あたり（ ）時間程度 | | 熟睡 | <input type="checkbox"/> している | <input type="checkbox"/> していない | | | |
| | 食事の回数 | <input type="checkbox"/> 朝 | <input type="checkbox"/> 間食 | <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 間食 | <input type="checkbox"/> 夕 | <input type="checkbox"/> 夜食 | | |
| | 就寝前の食事 | 就寝前の 2 時間以内 | | <input type="checkbox"/> 週 3 回以上 | <input type="checkbox"/> 週 3 回未満 | | | | |
| | 飲み物 | <input type="checkbox"/> お茶（ ）杯 / 日 | | <input type="checkbox"/> コーヒー（ ）杯 / 日 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 牛乳（ ）ml / 日 | | <input type="checkbox"/> その他（ ）（ ）杯 / 日 | | | | | |
| 歯の詰め物（金属） | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ ）本 | | | | | | | |
| | ※日頃感じる項目が多い項目に✓をしてください。 | | | | | | | | |
| 体 調 | <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 聞こえにくい | <input type="checkbox"/> よくお腹をこわす | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 自閉傾向がある | <input type="checkbox"/> 便通が悪い | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 気分の浮き沈みが激しい | <input type="checkbox"/> 口の中が荒れやすい | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 頭が痛くなる | <input type="checkbox"/> 落ち着きがない | <input type="checkbox"/> のどが荒れている | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 顔色が悪い | <input type="checkbox"/> キレやすい | <input type="checkbox"/> 咳が出る | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> イライラしやすい | <input type="checkbox"/> 痰が出る | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 肩がこりやすい | <input type="checkbox"/> 物忘れ | <input type="checkbox"/> 腰痛がある | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 冷え | <input type="checkbox"/> 集中力がない | <input type="checkbox"/> 筋肉が痛む | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい | <input type="checkbox"/> 情緒不安定 | <input type="checkbox"/> 関節が痛む | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> すぐ熱が出る | <input type="checkbox"/> 言葉が出てこない | <input type="checkbox"/> しみ | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 寒気がする | <input type="checkbox"/> 舌が回らない | <input type="checkbox"/> 肌荒れ | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ひどく汗をかく | <input type="checkbox"/> むくみやすい | <input type="checkbox"/> ニキビが出やすい | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 息切れしやすい | <input type="checkbox"/> 尿が近い | <input type="checkbox"/> 抜け毛が気になる | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> しびれ感がある | <input type="checkbox"/> 疲れ目 | <input type="checkbox"/> アレルギー体質 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> めまいがする | <input type="checkbox"/> よく胃が痛くなる | <input type="checkbox"/> 足がつる | | | | | | |
| | その他 | 治療中・経過観察中の病気やアレルギー等がある場合は、病名・アレルギー原因物質をご記入ください。 | | | | | | | |
| | | 3 か月以上継続して常用している薬・漢方薬、栄養補助食品（サプリメント等）がある場合は、名称と期間をご記入ください。 | | | | | | | |

※書ききれない場合は、裏面にご記入ください。



毛髪の採取について

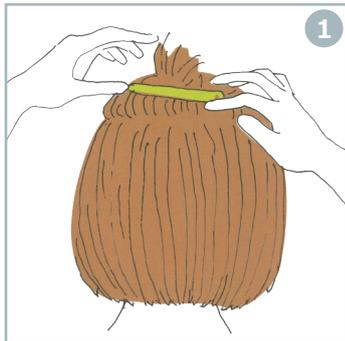
※毛髪を採取する前に、よくお読みください。

毛髪の根元付近から約 3cm (0.1g) が必要です。

毛髪 1 ヶ月に約 1cm 成長すると言われています。
つまり、毛髪 3cm で約 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、健康管理にお役立ただく上で最適と考え設定したものです。

カラーリング (毛染め) やヘナ、ブリーチ (脱色)、パーマなどをした直後は、測定値への影響が強くなる場合がありますので 2 週間程度空けてから採取してください。

髪が長い方の場合



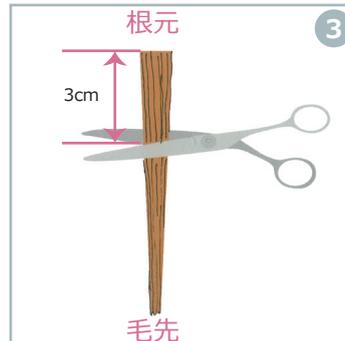
1 後頭部の髪をかきあげます。



2 内側の髪をひとつまみ切り取ります。
このとき、なるべく**根元に近い部分**から採取してください。

コツ 毛髪は、後頭部の内側部分から数箇所に分けて少しずつ採取すれば目立ちません。

- ・毛髪を抜く必要はありません。
- ・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。



毛髪 3cm で直近約 3 ヶ月間の身体状況を表しています。

3 根元に近い部分から約 3cm の長さがが必要です。毛先側は切り捨ててください。

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。

髪が短い方の場合



1 後頭部の髪をかきあげ内側の髪をひとつまみ切り取ります。
このとき、なるべく**根元に近い部分**から採取してください。

コツ 毛髪は、後頭部の内側部分から数箇所に分けて少しずつ採取すれば目立ちません。

- ・毛髪を抜く必要はありません。
- ・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。
- ・一度の採取で規定量に満たない場合は、時期をずらして数度に分けて採取したものをためてから送ってください。

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。

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、検体袋裏面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。

