

# 質問票 毛髪ミネラル(26元素)

三幸バイオ研究所

0	41887000	0	申込日	平成 年 月 日
フリガナ		電話番号	( )	
お名前		F A X	( )	
		E - m a i l		
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ヶ月以内に出産されましたか? <input type="checkbox"/> はい)			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 歳)	現在の身長	cm
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	現在の体重	kg	

採取箇所	頭髪以外の方はご記入ください。( )	採取日	平成 年 月 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 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
	パーマントウェーブ	<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

※上記項目に記入漏れがありましたら、確認後の検査となりますのでご了承ください。

検査結果から得られる集積データを、予防医学発展の為の研究に使用させていただくことにご協力ください。 ■集積データベースは当研究所に帰属しますが、全て暗号化・匿名化されており、プライバシーは完全に保護されています。	<input type="checkbox"/> 承諾する
---	-------------------------------

嗜好	煙草について	一日( )本 × ( )年		
自覚症状	<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 type="checkbox"/> くしゃみ
	<input 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 type="checkbox"/> 疲れ目	<input type="checkbox"/> 腰痛がある
	<input 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 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	現在治療中または、経過観察中の病気はありますか? ( )		
		アレルギー性疾患はありますか? ( )		
現在、服用している薬・漢方薬はありますか? ( )				
現在、摂取している栄養補助食品(サプリメント)はありますか? ( )				