

フリガナ		初回
氏名	日付 平成 年 月 日	
住所〒	—	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (男・女) (未婚・既婚) 子供 人
TEL FAX		職業(職種・業務内容)
E-mail		
目的 該当する箇所を○で囲んでください。 ①ダイエットのかたは何kg減量したいですか ( ヶ月以内に kg位減量为目标に) ②健康維持&促進 ③不調の改善 ④体質改善 ⑤吹き出物改善 ⑥内臓下垂の改善 ⑦老化の抑制 ⑧生活習慣病の予防と改善 ⑨病後の回復促進 酵素を知ったきっかけ 看板 広告 知人の勧め その他 ( )		

☆ あなたは、現在、何らかの医学的治療またはその他の治療、投薬、あるいはその予定がありますか。(はい、の方は具体的な内容も記入してください)

いいえ はい ( )

☆ 以下の項目で当てはまるものにチェックを入れてください。

1-ない。ほとんどない。 2-ときたま。軽度である。 3-時々。中度である。 4-しばしば。 5-慢性的にある。

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
寝つきが悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝起しが悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	冷え性がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃が痛む・もたれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	むくみがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘気味である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節が痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢や軟便傾向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肩こりがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吹き出物が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アレルギーがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生理痛がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
風邪を引き易い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生理不順がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧血気味である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	イライラし易い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
落ち込み易い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白髪がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血圧が高い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖値が高い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

酵素飲料 ビューティ・ヘル ス・エンザイム	飲用経験 ある ( )・いいえ ( ) ※該当を○で囲む ある方は何時から 年 月 日より 年 ヶ月飲用 3日断食 ( )・1日断食 ( )・半断食 ( )・栄養補給 ( )・その他 ( )		
アミノ酸46	アミノ酸46の飲用経験 ある ( )・ない ( ) ※該当を○で囲む ある方は何時から 年 月より 年 ヶ月飲用 1日 包飲用		
その他健康食品			
既往歴			
家族歴	特に糖尿病、肥満、心臓疾患があれば		
身長 cm	体重 kg	脂肪 %	内臓脂肪
睡眠時間平均 時間	運動時間平均 ( ) 時間	運動の内容	

日常の食事パターン

酵素やアミノ酸46を飲用の方は記入ください。ご飯の量・おかずの量まで記入

例：朝食 8時半頃 味噌汁1杯・白いご飯一膳・ししゃも1匹・漬物

タイミング		内 容	販売店の通信欄
朝食	時 頃	酵素飲料 m l ・アミノ酸46 包 その他サプリ ( )	
間食	時 頃	酵素飲料 m l ・アミノ酸46 包 その他サプリ ( )	
昼食	時 頃	酵素飲料 m l ・アミノ酸46 包 その他サプリ ( )	
間食	時 頃	酵素飲料 m l ・アミノ酸46 包 その他サプリ ( )	
夕食	時 頃	酵素飲料 m l ・アミノ酸46 その他サプリ ( )	
夜食	時 頃	酵素飲料 m l ・アミノ酸46 その他サプリ ( )	

☆該当のところを○で囲んでください。

質問1 飲酒の習慣がある はい ( ) ・ ない ( )

はいの方は飲用の頻度：毎日 ( ) ・ 時々 ( ) ・ たまに ( )

はいの方はお酒の種類：日本酒 ( ) ・ ウイスキー ( ) ・ ワイン ( ) ・ 焼酎 ( ) ・ ビール ( )  
1日 m l 程度

質問2 タバコの週間がある はい ( ) ・ いいえ ( )

はいの方は1日吸う本数：10本未満 ( ) ・ 20本未満 ( ) ・ 20本以上 ( )

銘柄を記入ください

質問3 嗜好品等を取る習慣がある はい ( ) ・ いいえ ( )

はいの方 菓子パン ( ) ・ 和菓子 ( ) ・ 洋菓子 ( ) ・ チョコ ( ) ・ ドーナッツ ( ) ・ おせんべい ( ) ・ ジャンクフード ( ) ・ アイス ( ) ・ その他 ( )

質問4 嗜好品(飲料)を取る習慣がある はい ( ) ・ いいえ ( )

はいの方はコーヒー ( ) ・ 紅茶 ( ) ・ コーラ ( ) ・ その他 ( )

質問5 急にお腹が空いて間食をしたくなることもある はい ( ) ・ いいえ ( )

はいとお答えの方何時頃 時頃・対処法 ( )

質問6 食事は外食が多い はい ( ) ・ いいえ ( )

はいとお答えの方 コンビニ食 ( ) ・ ファーストフード ( ) ・ お惣菜屋 ( ) ・ レストラン ( )

お答えありがとうございました。後日、通信欄にてコメントを記入し返信いたします。

氏名 ( ) ・ メール ( ) ・ FAX ( )