

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