

Hair Sample
毛髪の貼付場所

毛髪は1~3cm、
30本程度を切り取り、
ゼロハンテープにてこの枠内に
お貼りください。

Allergy Link Allergy & Intolerance Test in association with

SHIMA TEST JAPAN

Email: shimatestjapan@gmail.com
Website: www.shimatestjapan.com

Allergy & Intolerance Test Application

アレルギー & 不耐性検査申込書

お申込の検査に
☑印をつけてください

Test Format:

- Basic B75
- Standard S200
- Complex C450+
- +RF

Date: イギリス英語形式でご記入ください (例: 2013年3月1日お申込みの場合、01/03/2013) Country of residence

お申し込み年月日 - - 居住国

First Name: アルファベットでご記入ください (例: Hiroyuki) Mrs. Miss Mr.

お名前 (名)

Surname: アルファベットでご記入ください (例: Sanada)

お名前 (姓)

Date of Birth: イギリス英語形式でご記入ください (例: 1973年3月1日生まれの場合、01/03/1973)

生年月日 / 年齢 - - 年齢 才 女性 Female 男性 Male

Occupation:

職業

Email:

メール

Office use:

Ref-No: **STJ1826-**

Date received:

Date processed:

下記免責事項及び個人情報取り扱いに同意します。

署名 Signature:

免責事項: アレルギー & 不耐性検査は情報提供としてのみを目的としております。医療専門家のアドバイスに代わるものではありませんので、治療及び診断として使用しないでください。治療及び診断を受ける際は、主治医及び栄養士その他医療専門家と相談されることをお勧めします。報告書内の情報利用による損害、その他の特別損害について当社は一切責任を負いません。当社が損害賠償責任を負う場合、直接かつ通常生じる範囲内の損害に限り、その賠償額は、当該利用契約の契約者が当社に支払った利用料金を限度とします。

個人情報取り扱い: アレルギーリンク社およびしまテストジャパンは、頂いた個人情報はアレルギー & 不耐性検査の目的のためだけに使用および管理をし、第三者への委託をしません。

状態 & 症状を記入してください (任意)

Please indicate the condition & symptoms (はい Yes)

今までにアナフィラキシーショックの経験はありますか?

Anaphylactic shock?

下記のアレルギーをお持ちですか? (はい) ↓

Do you have any known Allergies?

ペニシリン	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牛乳	Milk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵	Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フルーツ / キウイ	Fruit / Kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ラテックス (ゴム)	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
花粉	pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ナッツ	Nuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貝 / 魚	Shellfish / Fish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小麦 / そば	Wheat / Soba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虫	Wasp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不明	Unknown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Are you currently taking any Medication? No | Yes

現在、薬を飲んでいますか?

皮膚の状態: Skin conditions

湿疹	Eczema	<input type="checkbox"/>	皮膚炎	Dermatitis	<input type="checkbox"/>
発疹	Rashes	<input type="checkbox"/>	皮膚のかゆみ	itching skin	<input type="checkbox"/>
ふきでもの	itchy spots	<input type="checkbox"/>	じんましん	Hives / Urticaria	<input type="checkbox"/>
耳のかゆみ赤み	itchy / red ears	<input type="checkbox"/>	目の下のクマ	d.cir.u.eyes	<input type="checkbox"/>
顔、唇、舌、喉の腫れ	Swelling of: face, lips, tongue, throat				<input type="checkbox"/>

消化器症状: Digestive Symptoms

過敏性腸	IBS	<input type="checkbox"/>	腹痛	abdom. pain	<input type="checkbox"/>
下痢	diarrhoea	<input type="checkbox"/>	便秘	constipation	<input type="checkbox"/>
胃の張り/げっぷ	bloat/wind	<input type="checkbox"/>	むかつき	nauseous	<input type="checkbox"/>
口内炎	mouth ulcers	<input type="checkbox"/>	嘔吐	vomiting	<input type="checkbox"/>
口のかゆみ	itchy mouth	<input type="checkbox"/>	大腸憩室炎	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>
セリアック病	Coeliac disease	<input type="checkbox"/>	クローン病	Crohn's disease	<input type="checkbox"/>

耳鼻咽喉/呼吸疾患: Respiratory conditions

ぜんそく	Asthma	<input type="checkbox"/>	息切れ	breathing problems	<input type="checkbox"/>
副鼻腔炎	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	鼻づまり	Nasal Congestion	<input type="checkbox"/>
花粉症	Hay Fever	<input type="checkbox"/>	咳	cough	<input type="checkbox"/>
鼻水/くしゃみ	sneezing	<input type="checkbox"/>	目のかゆみ/涙目	eyes	<input type="checkbox"/>

その他の症状: Other Symptoms

片頭痛	Migraines	<input type="checkbox"/>	注意欠陥障害	Hyperactive	<input type="checkbox"/>
頭痛	Headaches	<input type="checkbox"/>	過敏症	Irritability	<input type="checkbox"/>
不安	Anxiety	<input type="checkbox"/>	うつ	Depression	<input type="checkbox"/>
疲れ tired / 疲労 fatigue	<input type="checkbox"/>	体重減少	Weight loss	<input type="checkbox"/>	
慢性疲労	Chr. fatigue (ME)	<input type="checkbox"/>	体重増加	Weight gain	<input type="checkbox"/>
不眠症	insomnia	<input type="checkbox"/>	むくみ	water retention	<input type="checkbox"/>
リウマチ	Rheum. arthritis	<input type="checkbox"/>	関節痛	Painful joints	<input type="checkbox"/>
その他の症状: Other					<input type="checkbox"/>

はい。放射性物質項目の検査を受けますので項目に加えてください。副作用及び危険性、自己責任について理解しました。
Yes please test for Radiation. I understand and hereby declare that the test is carried out at my own risk and responsibility.