

Hair Sample  
毛髪の貼付場所  
毛髪は1~3cm、  
30本程度を切り取り、  
セロハンテープで  
この枠内にお貼りください。



食物アレルギー & 不耐症CAM検査

# しまテストジャパン

Email: [shimatestjapan@gmail.com](mailto:shimatestjapan@gmail.com)  
Website: [www.shimatestjapan.com](http://www.shimatestjapan.com)

Allergy & Intolerance CAM Test Application

## アレルギー & 不耐性CAM検査申込書

お申込の検査に  
☐印をつけてください

Test Format:

- Basic **75**項目
- Standard **200**項目
- Complex **450**項目
- dental 歯科材料

PDF/Post Bank/Card Review

Ref-No:

Date received:

Date processed:

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)  
申し込み年月日    -

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

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

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 & 不耐症CAM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に相談してください。報告書内の情報利用による損害、その他の特別損害、副作用、危険性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: 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及び管理をし、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

下記項目にアナフィラキシーショックの経験はありますか? Anaphylactic shock?	<input checked="" type="checkbox"/>
下記のアレルギーをお持ちですか? Do you have any known Allergies?	はい <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
不明 Unknown	<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 Fruit	<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"/>
ナッツ類 Nuts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
魚介類 Shellfish / Fish	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
小麦 / そば Wheat / Soba	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
昆虫 Wasp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他 Other	<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?

処方箋 Prescription  漢方薬 Chinese herbal medicine  その他 Other

皮膚の状態: Skin conditions	
湿疹・アトピー 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"/>		