

しまテストジャパン 検査申込書

Web: shimatest.net

Email: shimatestjapan@gmail.com

申込年月日 年 月 日



Hair Sample 毛髪の貼り付け場所
毛髪は3cmから5cm程度、
30本程度をはさみで切り
セロハンテープで
この枠内に貼ってください

検査をお選びください ☒☐ 52 項目☐ 780 項目☐ 歯科材料80項目

Shima Test Japan

Ref-No:

family:

Date received:

Date processed:

Date paid:

1

お申込者情報を記入してください。

例：姓⇒山田、名⇒太郎、Family Name⇒Yamada、First Name⇒Taro

姓:

名:

性別: 男 ・ 女

Family Name:

First Name:

生年月日 西暦

年

月

日

年齢:

才

E-mail

電話番号

住 所 〒

2

はい、下記免責事項及び個人情報取り扱いに同意し、アレルギー・不耐症・栄養バランステストを申し込みます。 ※署名がないと検査が受けられませんので同意の上署名をお願いします。

署名 signature

免責事項：しまテストジャパンのアレルギー・不耐症・栄養バランステストは情報提供としてのみを目的としており、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、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、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：当社が頂いた個人情報は検査目的のみに使用及び管理し、第三者への委託をしません。

質問票（任意）

- しまテストジャパンを 今回初めて利用する ・ 利用したことがある
- 現在飲んでいるものはありますか？ 処方箋 ・ 市販薬 ・ 漢方 ・ サブリ ・ その他 ・ 飲んでいない
- 現在食事の制限や除去をしていますか？ している ・ していない
している場合は品目を書いてください ()
- お悩みの症状はありますか？ アレルギー・アナフィラキシー・花粉症・皮膚疾患・消化器疾患・耳鼻咽喉疾患
呼吸器疾患・頭痛・痛み・疲労・不眠・体重増減・精神疾患・注意欠陥障害・難病・その他 ()
- コメントがありましたらお書きください。裏面もお使いください。
()

申込書送付先：〒176-0023 東京都練馬区中村北 4-2-12-402
しまテストジャパン 宅島 恵子 宛