

クエスト社の製品の飲み方、好転反応や解毒の開始時期等についてのご相談は、ユーザーグループのサプリメントアドバイザー/薬剤師が承っています。何度でも無料でご相談頂けます。

◎健康チェック◎

お名前 _____

*あてはまる所(症状、はい、いいえ)を○で囲んでください 記入日 年 月 日

(1) 肩こり、背中の痛み、腰痛、神経痛	はい 　 いいえ	(17) 高血圧気味	はい 　 いいえ
(2) リウマチ	はい 　 いいえ	(18) 腎臓の問題	はい 　 いいえ
(3) 打ち身、傷が治りにくい	はい 　 いいえ	(19) 耳鳴りがする	はい 　 いいえ
(4) 関節炎、肘・膝の痛み	はい 　 いいえ	(20) 便秘気味	はい 　 いいえ
(5) 歯周病や歯茎の出血	はい 　 いいえ	(21) 太り気味	はい 　 いいえ
(6) アトピー	はい 　 いいえ	(22) 頻尿	はい 　 いいえ
(7) アレルギー、花粉症	はい 　 いいえ	(23) 手足がむくむ	はい 　 いいえ
(8) 皮膚の問題、かゆみ、カサカサ、にきび	はい 　 いいえ	(24) 糖尿病の気がある	はい 　 いいえ
(9) 目が疲れやすい	はい 　 いいえ	(25) 痔になりやすい	はい 　 いいえ
(10) 頭痛、片頭痛	はい 　 いいえ	(26) 脱毛症気味	はい 　 いいえ
(11) 記憶力の衰え	はい 　 いいえ	(27) 風邪をひきやすい	はい 　 いいえ
(12) 手足が冷える	はい 　 いいえ	(28) 慢性鼻炎	はい 　 いいえ
(13) 水虫	はい 　 いいえ	(29) 炎症をおこしやすい	はい 　 いいえ
(14) 疲れやすい、慢性疲労、やる気がでない	はい 　 いいえ	(30) 不眠症の傾向がある	はい 　 いいえ
(15) うつ気味	はい 　 いいえ	(31) コレステロールが高い	はい 　 いいえ
(16) イライラしやすい	はい 　 いいえ	(32) 喘息(子どもの頃、現在)	はい 　 いいえ

【女性特有の問題(下記列記)】

(1) 子どもの有無	有 　 無
(2) (1) で有に○をされた方は、お子様の年齢をご記入ください	
(3) 生理前、生理中、更年期に下記の中にある症状を経験している	はい 　 いいえ

*あてはまる所を○で囲んでください。

記憶力の低下、腹部・胸部と体中の膨張感と痛み、関節痛、腹痛、体と関節のむくみ、食欲増加、甘いものへの渴望、喉の渇き、体重の増加、気分の激しい浮き沈み、憂鬱感、短気、倦怠感、自己嫌悪感、自尊心喪失、感情のコントロールの困難、頭痛、吐き気、便秘、下痢、吹き出物、不眠症、過度の疲労、体温の急速な変化による寒気と火照り、悲哀感、寝汗、高血圧、物忘れ、どうき、イライラ、興奮、落ち着いた満足感が感じられない、その他()

【男性特有の問題(前立腺関係の問題)】

(1) 頻尿、残尿感がある。夜中にトイレに起きる回数が増えた	はい 　 いいえ
(2) 機能発揮に困難を感じ始めている。精力減退を感じる	はい 　 いいえ

*下記のあてはまる所を○で囲むか回答してください。

- (1) 歯の治療で銀色の詰め物(アマルガム)を入れた (何度も 少し 全くない)
- (2) 工場地帯や化学工場のそばで生活した / している (はい いいえ)
- (3) アルミの鍋を使用している / した事がある (はい いいえ)
- (4) 仕事などで重金属の粉や化学ガスを吸った事がある (相当ある 少しだけ ほとんどない)
- (5) 食事 (家で食事をする事が多い 外食が多い)
- (6) 嗜好品・良く利用するもの(肉類、魚類、魚卵類、乳製品、穀物、インスタント食品、コンビニのお弁当、ファーストフード類、清涼飲料水、スナック菓子、洋菓子、和菓子)
- (7) 1週間に何度髪を洗いますか () 回
- (8) どんなシャンプーを使っていますか ()
- (9) 甲状腺の問題がある (はい いいえ) はいの人は (活発 不活発)
- (10) 通常血圧は (低め 普通 高め 非常に高い)
- (11) ストレスについて、家庭や仕事でのストレスを (強く感じる 普通 全く感じない)
- (12) 平均睡眠時間 (1~3時間 4~6時間 6~7時間 8~9時間 その他 () 時間)
- (13) 通常就寝時間 () 時 起床時間 () 時
- (14) 開腹手術(帝王切開を含む)をしたことがある (はい いいえ)
- (15) 便秘薬を (使ったことがある 使っている 未使用)
- (16) ステロイド入りのクリーム/軟膏を (使ったことがある 使っている 未使用)
- (17) 向精神薬(睡眠導入剤、睡眠薬、抗うつ薬、その他)を (使ったことがある 使っている 未使用)
- (18) 痛み止め(頭痛薬、生理痛薬)を (使ったことがある 使っている 未使用)

【その他、健康上の問題、今までしてきた対処、薬名などお書きください】 (現在、お薬をお使いの方は、必ずすべて記入してください。 下に書ききれない場合は、別の用紙を使ってお知らせください)							
現在の問題または一番解決したい健康問題：							
現在の対処法、薬名：							
過去の問題、対処法、薬名：							
ご質問などありましたらご記入ください：							
【食事について】あてはまるものを○で囲んでください							
朝食	しっかり食べる	普通	あまり食べない	全く食べない	食べる時間帯：		
昼食	しっかり食べる	普通	あまり食べない	全く食べない	食べる時間帯：		
夕食	しっかり食べる	普通	あまり食べない	全く食べない	食べる時間帯：		
嗜好品	タバコ	吸う	ときどき	吸わない	1日	本	
	お酒	飲む	ときどき	飲まない	1日	本	
会員番号				生年月日	19	年	月 日
名前				TEL番号			
住所				FAX番号			
				E-MAIL			
身長	cm	体重	kg	性別	男・女	年齢	歳
仕事内容： <input type="checkbox"/> 重労働 <input type="checkbox"/> 夜間勤務 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> その他 ()							

*ご連絡させていただく場合、いちばんご都合のよい方法、時間帯、曜日 ()