

HAIR MINERAL ANALYSIS ORDER FORM

의뢰정보(Clinic Information)

의뢰기관		의뢰일자	
주소		연락처	

고객정보(Customer Information)

성명		연락처	
생년월일		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
모발상태	<input type="checkbox"/> 자연상태 <input type="checkbox"/> 염색 <input type="checkbox"/> 파마	<input type="checkbox"/> 탈색 ()주전	
임신여부		시행목적	
보유질환		복용약물	
검사횟수	<input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회 <input type="checkbox"/> 3회	복용제품	영양제:

모발검사 문진표(Questionnaire)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 잠을 자고 일어나도 항상 피곤하다. | <input type="checkbox"/> 쉽게 잠을 못 이루며 깊은 잠이 들지 않는다. |
| <input type="checkbox"/> 업무 또는 가정 일로 스트레스가 많다. | <input type="checkbox"/> 성기능 저하, 전립선질환이 있다. |
| <input type="checkbox"/> 원인모를 두통이나 편두통이 심하다. | <input type="checkbox"/> 생리문제 또는 여성 갱년기 증상이 있다. |
| <input type="checkbox"/> 팔다리 및 근육에 경련이 자주 일어난다. | <input type="checkbox"/> 우울증이나 조울증이 있다. |
| <input type="checkbox"/> 관절염이나 골다공증이 있다. | <input type="checkbox"/> 손발이 차고 추위에 민감하다. |
| <input type="checkbox"/> 감기를 달고 산다. | <input type="checkbox"/> 생선회나 어패류를 좋아하며 즐겨 먹는다. |
| <input type="checkbox"/> 아토피, 여드름 등 각종 피부질환이 있다. | <input type="checkbox"/> 총치 치료용 치아 아말감이 있다. |
| <input type="checkbox"/> 탈모 증상이 심하거나 탈모 치료 중이다. | <input type="checkbox"/> 흡연을 하거나 가족 중 흡연하는 사람이 있다. |
| <input type="checkbox"/> 알레르기 비염, 천식으로 고생한다. | <input type="checkbox"/> 육식이나 기름진 음식을 자주 섭취한다. |
| <input type="checkbox"/> 또래 아이보다 키가 작고 성장이 뒤처져 있다. | <input type="checkbox"/> 채식위주의 식사를 한다. |
| <input type="checkbox"/> 또래 아이보다 성장 발육이 빠른 편이다. | <input type="checkbox"/> 비만 및 다이어트 관리중이다. |
| <input type="checkbox"/> 집중력이 부족하고 산만, 과잉행동을 보인다. | <input type="checkbox"/> 변비, 설사, 과민성장증후군으로 고생한다. |
| <input type="checkbox"/> 자폐성향이 있다. | <input type="checkbox"/> 갑상선 질환이 있어 약물을 복용하고 있다. |
| <input type="checkbox"/> 밥을 잘 먹지 않고 편식이 심하다. | <input type="checkbox"/> 암치료 중이거나 수술을 받은 적이 있다. |
| <input type="checkbox"/> 인스턴트 음식을 자주 먹는다. | <input type="checkbox"/> 집이나 직장이 공장지대 또는 대로변에 위치한다. |

- 모발 미네랄 검사는 특정한 질병의 진단을 위한 검사가 아니며, 체내의 영양 미네랄 및 유독성 원소를 분석, 평가하여 치료과정에 도움을 줄 수 있는 선별검사로 비급여 항목에 해당됩니다.
- 본 모발 미네랄 검사 결과는 광고, 홍보 및 법적 분쟁의 수단으로 사용될 수 없습니다.
- 본인은 상기와 같은 사실을 숙지하고, 정보 제공과 모발 채취에 동의합니다.

신청인 : _____ (자필서명 또는 인)