

遺伝子検査結果に基づくカウンセリングシート

1/4ページ

お客様の重要な個人情報です FAX番号はよく確認してください⇒

03-6809-4808

もしくは、弊社の代表メールまで送信ください

supplement@medical-plan.jp

すべてにご記入いただくには10分～20分程度かかります。あなたに最適のサプリメントライフを提供するためにも、お時間に余裕があるときにご記入いただくことをおすすめします。用紙は4枚です。必ず4枚とも送信してください。ご記入に際しては、黒のボールペンまたはサインペンで、濃く明瞭にお書き下さい。カウンセリングは無料です。

<お客様情報> ※印の項目は入力必須項目です。もれなくご入力ください。

※お名前 _____ 様
 ※フリ仮名(カタカナ) _____ サマ
 ※性別 男性 女性
 ※身長&体重 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI値(弊社記入欄)
 ※年齢 _____ 才
 ※TEL番号 _____ - _____ - _____ ご自宅 携帯 その他
 カウンセリング内容によってはお電話で確認させていただく場合もございます
 カウンセリングを郵送希望

〒 _____

都・道・府・県

※ご返信先FAX番号

_____ - _____ - _____

★お忘れなく！

<ご相談内容>

遺伝子検査結果を踏まえ、最もご留意されたい事項や健康リスク対策を実行されていくうえで、食事や運動、嗜好、健康管理、生活習慣、生活環境、その他のご心配事項について教えてください
 (i)は必ずお答えください。その他の質問項目は該当する場合のみお答え下さい。該当しない場合は、空白で結構です
 (お答えは正確に、かつ出来るだけ詳しくお答えいただくことが“あなたにぴったりのサプリメント”を選ぶポイントです)

ご心配事項について

- (1) 今回カウンセリングを希望された理由は何ですか？ 複数回答可能
 ① (1,2,3・・・と順位をつけて下さい。1つ以上ご記入がない場合はカウンセリングが出来ません)
 遺伝子検査結果のリスクが特に高い項目(4倍以上)を踏まえ、最適な栄養摂取をしたい
 将来の病気を予防したい もっと健康的になりたい ダイエットのため
 メタボ対策 美肌 アンチエイジング ストレス ホルモンバランス 運動能力向上
 その他:具体的に(家系的に糖尿病が心配、など)
- ② 今回の遺伝子検査結果を受けて、最もご留意されたい項目(がん、一般疾患、体質)を具体的に3つ～5つを教えてください
 なお、お客様の同意を前提に検査結果をメールにて共有頂くことも可能ですので、販売窓口担当者までご照会ください
 (記入例): 胃がん 5倍以上

生活について

(2) 生活スタイルについて(複数回答可)

- 目をよく使う 同じ姿勢が続く 基本的に立ち仕事である 空調(特に冷房)がキツイ仕事だ
 肉体的にキツイ仕事だと思う 仕事上で精神的に追い詰められてしまうことがある
 時間が不規則で食事や睡眠の時間がまちまち 労働時間がとても長い
 学生・児童 主婦・主夫・家事手伝い 仕事は全くしていない

 その他:具体的に(子育てに苦労している、など)

(3) ストレスに関して

ほとんど感じない 時々ストレスを感じる 結構ストレスが強い かなりストレスに悩んでいる

その他・その理由は？

(4) 睡眠について

寝つきも目覚めも良い 寝つきが悪い時がある いつも寝つきが悪い 朝起きるのが辛いときがある
いつも起きるのがつらい 睡眠不足の日が多い 長時間寝てもまだ眠い 不規則な睡眠が続きがち

その他・その理由は？(通常睡眠時間は〇〇時から〇〇時まで、など)

(5) 運動について

ほとんど何もしない 年に数回～月に一回は何か運動をする 週に1度くらいは汗を流す
ほぼ毎日軽く運動している ほぼ毎日かなりの運動をしている 運動しすぎていつも疲れている

運動の内容は？(例:毎日通勤で片道20分は歩く)

(6) 現在ダイエットをしていますか？

していない 気持ちだけダイエット中 長期的にダイエット中 急速にダイエット中

ダイエットの内容は？(例:朝と昼はシリアスのみ)

(7) 健康管理のために何かされていますか？されている方は、どんな内容ですか？

特に何もしていない ちょっと心掛けている事がある かなり注意している

健康管理の内容は？(例:年に一度は人間ドックに入っている)

(8) タバコは吸いますか？吸う方は、本数を教えてください。

全く吸わない 吸っていたが止めた(止めてどの位経ちますか？ 年 ヶ月くらい)
吸わないが副流煙が気になる環境だ 吸っている(本/日)

(9) お酒は飲みますか？

全く飲まない 飲む(回/週 1回に飲む量は ほどほど やや多い 多い)

その他、具体的に

食事などに関して

(10) 食事の回数について

3食きちんと食べる 通常1日2食 通常1日1食 食事をとらない日が多い 食事より間食が中心

その他具体的に

(11) 食事の時間について

ほぼ決まった時間に食べる たまには時間がずれる かなり不規則 いつも不規則で回数も不安定

その他具体的に

(12) よく食べる食品は何ですか(複数回答可)

3/4ページ

卵 肉類 青魚類(さば・いわし・あじ等) その他の魚 緑黄色野菜 その他の野菜(根菜) 果物
種子類(ゴマ・ピーナッツ等) 豆腐・納豆・大豆 乳製品(牛乳・チーズ・ヨーグルト) 麺類 ご飯 パン
菓子・スイーツ スナック菓子 インスタント食品 コンビニ弁当 ファーストフード

その他

(13) 食事の内容についてお答えください

脂っこい料理は あまり食べない たまには食べる 結構よく食べる ほぼ毎日食べる
味の濃い(塩辛い)料理は あまり食べない たまには食べる 結構よく食べる ほぼ毎日食べる
甘い(糖分が多い)料理(菓子)は あまり食べない たまには食べる 結構よく食べる ほぼ毎日食べる
毎日の食事には いつもバランスを心がけている 結構バランスよく食べている 時々偏った食事になる
単品ものが多く偏っていると思う かなりいい加減な食事だ 全くでたらめな食事だ
毎日の食事の量は 極端に少ない あまり食べる方ではない いつも腹八分目に止めている
たまには大食いする いつも結構多い 毎日食べ過ぎだと思う
好き嫌い ほとんどない 苦手な食品がある 結構好き嫌いが多い 決まったものしか食べない

その他

(14) 外食(コンビニ弁当等を含む・お惣菜=中食は除外)について

ほとんど外食はしない 週に数回は外食 1日1食程度は外食 外食が中心 ほとんど外食

(15) 食品等でアレルギーなどありますか(アレルギーが心配な食品は必ずご記入ください)

特に何もない ちょっと心配な食品がある かなり危険な食品がある

食品アレルギーは?(例:牡蠣を食べると必ず蕁麻疹が出る)

(16) お通じに関して

ほぼ毎日快便 時どき便秘する いつも便秘気味 いつも軟便気味 下痢か軟便で回数も多い

その他

ご病気に関して

(17) ご病気に関して

① 現在病気で医師の治療を受けていますか?

※治療中の方は必ず医師にご相談の上でサプリメントを摂ってください

いいえ はい(病名:_____)

② 過去に何か大きな病気をされて、現在もお薬を飲まれていますか?

いいえ はい(病名:_____)

サプリメントに関して

(18) 現在、サプリメントや健康食品を摂っていますか?

いいえ 過去には摂っていた(製品名または種類:_____)

はい(製品名または種類:_____)

※はいとお答えの場合 その製品はオーダーメイドサプリと一緒に続けますか?

はい、今後も平行して続けます いいえ、今後はオーダーメイドサプリのみにします

(19) サプリメントを選ぶ基準について

何よりベストなものが欲しい 含有量が高いものが良い 安全性が心配
粒の大きさ(大きなサプリメントは苦手) 粒の数(数が多いのは嫌だ) 苦手な剤形がある

具体的に(1回に3粒までが限度、カプセルは飲めない、など)

(20) サプリメントを摂る回数について

4/4ページ

出来れば1日1回が良い 出来れば1日2回が良い 1日3回でもかまわない 回数は気にしない

その他具体的に

(21) 1ヶ月(30日)のサプリメントのご予算について(10,000円以上で送料無料)

3,000円/月程度 5,000円/月以内 5,000円~10,000円/月 予算に関わらずベストなものが欲しい

その他具体的に

(22) その他なんでも！ご自身の性格や質問等ご自由にご記入下さい。

例えば、飽きっぽい性格なのですが続けられますか？など

《 弊社記入欄 》