

(株)マルセイ行きFAX: 079-287-0877

氏名:	
住所:	
電話:	
FAX:	
性別:	男 女
身長:	cm
体重:	kg
血圧:	/
生年月日:	(才)

あなたの健康診断

No.	体調			No.	がん予防力		
1	便がすっきり出る	はい	いいえ	1	体温が低い(36℃以下である)	はい	いいえ
2	尿がすっきり出る	はい	いいえ	2	長期的にストレスを抱えている	はい	いいえ
3	ぐっすり寝て朝すっきり目覚める	はい	いいえ	3	いつも疲れる	はい	いいえ
4	食欲がある	はい	いいえ	4	あまり汗をかかない	はい	いいえ
5	ストレスをあまり感じない	はい	いいえ	5	よく風邪をひく、風邪が治りにくい	はい	いいえ
6	胃の調子がよい	はい	いいえ	6	白血球数値が低い	はい	いいえ
No.	体の機能			No.	健康管理		
1	腰が痛い	はい	いいえ	1	玄米菜食を実施している	はい	いいえ
2	ヒザが痛い	はい	いいえ	2	お茶(水分)を十分に取る	はい	いいえ
3	目が疲れる	はい	いいえ	3	適当な運動をする	はい	いいえ
4	肝機能が心配である	はい	いいえ	4	ストレスをためない	はい	いいえ
5	腎機能が心配である	はい	いいえ	5	タバコをすわない	はい	いいえ
6	アレルギー、アトピーの悩みがある	はい	いいえ	6	暴飲暴食しない	はい	いいえ
No.	脳梗塞、心筋梗塞予防力			No.	アンチエイジング		
1	血圧が高い(140/90以上)	はい	いいえ	1	肌に自信がある	はい	いいえ
2	血中コレステロールが正常値以上である	はい	いいえ	2	脳の働きに自信がある	はい	いいえ
3	血中中性脂肪が正常値以上である	はい	いいえ	3	骨に自信がある	はい	いいえ
4	血糖(HBA1C)が高い	はい	いいえ	4	目に自信がある	はい	いいえ
5	肥満である	はい	いいえ	5	体力に自信がある	はい	いいえ
6	薬を常用している	はい	いいえ	6	歯に自信がある	はい	いいえ