

## P R A 分析器による測定検査申込書 兼 同意書

フリガナ		生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
氏 名		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 - -		紹介者		
T E L	- -	メール アドレス			

現在の状態等について、以下にご記入下さい。

現在服用している  薬剤やサプリメント	
<input type="checkbox"/> パンを食べる習慣がある <input type="checkbox"/> 牛乳、チーズ、ヨーグルトなどを好む <input type="checkbox"/> 外食、コンビニ、総菜などの食事が多い <input type="checkbox"/> 揚げ物を食べる事が多い <input type="checkbox"/> お酒を飲む習慣がある <input type="checkbox"/> 甘いものを好む <input type="checkbox"/> インスタントコーヒーを飲む習慣がある <input type="checkbox"/> 食べものに好き嫌いが多く <input type="checkbox"/> 以下の不調がある ※該当箇所に○を付けてください (発熱・腹痛・便秘・下痢・頭痛・眩暈)	<input type="checkbox"/> 水道水を未浄水の状態で飲用、調理に使用している <input type="checkbox"/> 運動不足である <input type="checkbox"/> 排便が不定期である <input type="checkbox"/> 市販薬を含め、お薬を使う習慣がある <input type="checkbox"/> 睡眠不足、夜更かしの傾向がある <input type="checkbox"/> スマホに触れている時間が長い (1 時間以上/日) <input type="checkbox"/> T V や S N S 等を、毎日 1~2 時間以上見ている <input type="checkbox"/> よく過ごす部屋の照明に L E D を使用している <input type="checkbox"/> 口内炎・湿疹などがよくできる <input type="checkbox"/> 四肢の末端が冷えやすい
病歴・手術歴	現在の症状や状態、特に気になる事柄など

※詳細にご記入いただけましたら、追加項目を選定する際の参考にさせていただきます

### ■検査目的

P R A (精神電流反射分析装置) 測定法では、生体の非常に微量な変化を捉えることが可能なため、今現在の身体の状況を数値で捉える事が出来ます。

### ■検査内容

免疫機能、ストレス、自律神経、各臓器の状態、悪性腫瘍の危険性、その他現在の身体の状態 (70~90 項目)

私は、上記の内容を理解した上、P R A 分析器による測定を申し込みます。

私は、検査の結果、又は検査に基づく処方水を服用すること等から得られた結果について一切の異議申し立てをいたしません。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

印



# OHCPRA 検査のお申し込みに関して

① 『OHCPRA 検査申込書・同意書』にご記入下さい。

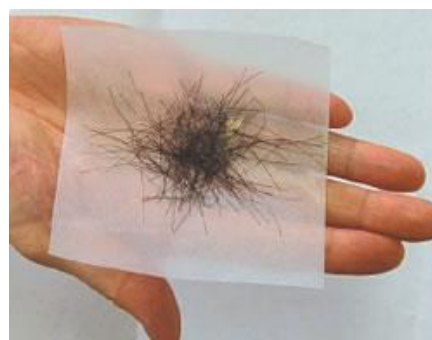
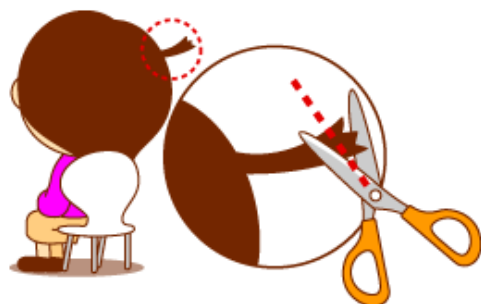
- ・最後に署名と捺印を忘れないよう、お願いします。

② 『ご本人様の毛髪検体』（すね毛、腋毛、胸毛、陰毛、爪でも可）

[爪の場合は、片手または片足5指の爪を採取してください]

- ・根元からでなく、毛先2～3cmを、はさみ・レザーなどで20～30本カットしてください。
- ・同封のナイロン袋(2袋)に入れて下さい。【袋に必ずお名前をご記入ください】
- ・検体の量の目安です。

[↓目 安↓]



上記①と②を万井医院宛に郵送して下さい。

受け取り後、順次検査を行います。

また、検査完了後には、改めてお電話にてご連絡いたします

（目安としては1～2週間前後頂いております）

初回は検査結果の読み方、対処方法などについて、面談にてお話ししております。

[切り取って封筒にお使いください]

〒606-8164

京都市左京区一乗寺出口町 1

万井医院 宛



**万井医院**

京都市左京区一乗寺出口町 1

TEL : 075-722-1118

FAX : 075-706-2354

HP : <http://www.e-health119.com/>

Mail : [info@e-health119.com](mailto:info@e-health119.com)