

ヘルス・ウェルネス外来問診票

氏名：

ID：

生年月日(西暦)：

普段の食事内容(「有り」or「無し」に☑を入れ、「有り」の場合は内容を記入)

朝食 有り☐ (時頃) 無し☐

昼食 有り☐ (時頃) 無し☐

夕食 有り☐ (時頃) 無し☐

間食 有り☐ (時頃) 無し☐

サプリメントの摂取 有り☐(メーカーと種類) 無し☐

飲酒する場合 お酒の種類、頻度および量()

睡眠について

就寝時刻(時頃) 起床時刻(時頃) 睡眠時間(時間)

睡眠の質 良い☐ 悪い☐

※SKY10およびスキャンアナライザーは、下記に該当する場合は正しい測定結果が得られない可能性があるため、ご利用になれません。

ハンディキャップのある方、ペースメーカー・ステント・人工関節・金属プレート・ボルトが体内に入っている方、生理中の方、妊娠中の方(SKY10のみ)