

毛髪検査依頼書

No.

令和 年 月 日

依頼者氏名 _____ 性別: 男 女 年齢 ()

<ご連絡先>

〒 _____ 住所: _____

所属:(会社名、店名等) _____ 一般 会員 賛助会員 (○を付ける)

TEL: _____ Fax: _____ e-mail: _____

検査目的: 脱毛 薄毛 損傷毛 縮毛 (○を付ける) その他 ()

1. 特に観察を希望する内容、知り得たい情報を記載してください。

2. 経緯を記載してください。経過(日時)などできる限り詳細を記載してください。

<情報> 書ききれない場合は別添してください。

特記事項 無の場合は()内は無記入。 有 無は○を付ける

シャンプー ()日に1回 パーマ ()月に1回 ヘアカラー ()月に1回

リンス・コンディショナー 有 無 トリートメント 有 無 ドライヤー 有 無

毛髪の太さ (太い 細い 細くなった=元は太かった) 肌 (乾燥 普通 脂性)

ヘアダメージ 有 無 (ダメージ状況: _____)

薄毛の遺伝要素 有 無 (父方、母方、兄弟) 髪の長さ (短髪 ショート セミロング ロング)

健康状態: 治療や服薬など: 有 無 ストレス: 有 無 ダイエット: 有 無

睡眠状態: 熟睡できる: できない、睡眠時間: _____ 時間 通院状況 有 無

<提出していただく毛髪> 1、2のいずれかの毛髪

1. シャンプー時の抜け毛: (薄毛、抜け毛などの場合)

シャンプーの際に自然に抜けた毛髪、2~3日分を各日に分けて採取し、
乾かしてからお送りください。

2. その他の毛髪 (損傷毛、カットした毛などの場合)

※お送りいただいた毛髪は返却いたしません。

<結果報告>

観察が終わりましたら、速やかに報告書をお送りいたします(状況によっては遅れる場合もありますのでご了承ください)。

個人: 3,000円(税抜)~ 報告書に請求書を同封させていただきます。

企業: 別途ご相談ください。

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-16-16 テアアカテリーナ 501 公益社団法人日本毛髪科学協会

TEL: 03-6380-0822 FAX: 03-5362-5560 e-mail: info@jhsa.jp

採取法の例は次頁参照

<毛髪の採取方法について>

● シャンプー時 **自然に抜けた毛** を採取してください。

1日に自然に抜けた毛を各日で集めていただき **2～3日分** 採取してください。

細かい毛も逃さないようにしてください。

他人の毛が混ざらないように注意してください。

採取方法の例（お風呂場での採取の場合）

- 1 バスマット、スノコなど採取の邪魔になるものは移動する。
 - 2 予め流し場の他人の毛やゴミなどは洗い流して除去する。
 - 3 排水口(排水溝ではありません。)のフタにガーゼやネットをかぶせるなどして毛を集めやすいように工夫する。
 - 4 シャンプーして自然に抜けた毛髪をガーゼに集め採取する。
 - 5 集めた毛は軽く水洗いしてから、自然乾燥させる。
 - 6 採取した毛は、別々に採取日を記してビニール袋などに入れる。
- ★ シャンプー後の乾燥時の抜け毛も混ぜてかまいません。

集めていただいた毛を前ページの毛髪検査依頼書と一緒に下の送付先までご送付ください。

<送付先>

〒160-0022
東京都新宿区新宿 1-16-16 ティエアーカテリーナ 501
公益社団法人日本毛髪科学協会
相談センター

以上 よろしく願いいたします。