

毛髪検査依頼書

No.

令和 年 月 日

依頼者氏名 _____ 性別: 男 女 年齢 ()

・依頼者の毛髪ではない場合 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

タバコ: 有(1日 約 本) 無 運動: 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、お送りください。

★ 基本的には返却いたしません。返却が必要な場合は、依頼書を提出する前にご相談ください。

2. その他の毛髪(損傷毛、カットした毛などの場合)

☆ 依頼前にご相談ください。

<結果報告>

依頼書・毛髪を受領後、観察完了後、速やかに結果を報告させていただきます。

状況により遅れる場合もありますので、お急ぎの場合は依頼書を発送する前にご相談ください。

<検査報告>

個人: 2,000円(税抜)~ 報告書を送付の際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。

採取法の例は次頁参照

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-16-16 テアーカーテリーナ 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@jhsajp

〈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下さい。

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 テアーカーテリーナ 501
公益社団法人日本毛髪科学協会
相談センター

以上 よろしくお願いたします。