

SOFIX 処方診断申込書 兼 問診票

申込者（企業名等）		依頼日	年 月 日
ご担当者（所属部署等）			
ご連絡先住所	〒		
TEL		E-mail	
連絡事項	ご希望などございましたら、こちらにご記入ください。		

※日中にご連絡が取れる連絡先をご記載ください。

【問診票】 ※より効果的な処方診断とするため、可能な限り詳細の記載をお願いします。

依頼の目的			
面積（a or m ² ）			
栽培カレンダー	春：	夏：	秋： 冬：
次作		植え付 / 播種の予定日	
現在の問題： （具体的に）	収量について	満足 ・ 低収量	
	品質について	満足 ・ 低品質	
	病害虫について	無 ・ 有（名前： ）（重症度：多・少）	
	その他（栄養素不足、など）	1. 2. 3. 4.	
地質	粘土・植壤土（中質）・砂土・礫土・黒ぼく土・泥土・ その他（ ）		
水はけ	とても良い ・ 良い ・ 普通 ・ やや悪い ・ 悪い		
圃場の分類	畑（露地 or ハウス） ・ 水田 ・ 樹園地 ・ 前水田今畑・ その他（ ）		
施肥様式	化学のみ・ほとんど化学・ハイブリッド・ほとんど有機・有機のみ		
使用化学肥料	肥料名：		
	使用量（kg/10a）		
使用農薬、消毒	肥料名：		
	使用量（kg or L/10a）		

