

お名前		ふりがな	(性別: 男・女)
生年月日 (西暦で)	年 月 日 (歳)	健康保険証 の種類	国保・社保(協会健保)・その他()
TEL		FAX	FAXでの参加可否の返信(希望: する・しない)
メール (お持ちの方)			
住所	〒()		

参加希望日(希望日に○を記入ください。希望順がある場合は1、2のように希望順を記入ください。)

北海道情報大学 札幌サテライト(緑苑ビル4階) 札幌市中央区北3条西7丁目

9月3日(金) 9月6日(月) 9月7日(火) 9月8日(水)

※参加の可否については、後日お電話またはFAXで連絡させていただきます。(参加条件を満たさずご参加いただけない場合がありますのでご了承ください。)

【試験参加に際しての確認事項】 以下の質問にお答えください。

1	肌荒れが気になることはありますか?	はい	いいえ
2	目尻・額・上腕の内側に、大きなあざ・シミ・傷・怪我の跡などがありますか?	はい	いいえ
3	1週間の排便回数の合計は何回ですか?(日数ではなく回数。1日に2回の場合、2回と数えます)	週に	回
4	現在、整腸剤、胃酸分泌抑制薬、胃腸薬、便秘薬、下剤、女性ホルモン剤などを週1日以上使用しますか? (市販薬も含みます)	はい	いいえ
5	最近、病院にかかったり、薬を服用していますか? →「はい」の方は病名やお薬の名前、症状をご記入ください 病名・症状・お薬の名称など:	はい	いいえ
6	7月13日以降に抗菌薬や抗生物質、化膿止めを使用しましたか? ※風邪・菌科・皮膚科などで頓服の場合も含む	はい	いいえ
7	本日から試験終了の12/2までの間に歯医者の治療などで抗生物質を使用する予定はありますか?	はい	いいえ
8	サプリメントや健康食品(特定保健用食品を含む)、食物繊維強化食品、ヨーグルトを摂取していますか? →「はい」の方は、具体的な商品名や目的、摂取頻度(毎日、週○日、最近1度だけ…など)をご記入ください。 商品名・目的・摂取の頻度など:	はい	いいえ
9	試験期間中は、健康食品・サプリメント(特定保健用食品を含む)の摂取を全てやめていただけますか?	はい	いいえ
10	胃や腸など消化器系の手術歴はありますか? →「はい」の方は、手術部位と内容、受けた時期をご記入ください。 手術部位: 内容: 時期:	はい	いいえ
11	夜間勤務などで睡眠や生活習慣、食習慣が不規則になることはありますか?	はい	いいえ
12	お酒は飲みますか? →「はい」の方は、週に何日位飲酒しますか?	はい	いいえ
13	喫煙しますか? →「はい」の方は、一日に吸う本数をご記入ください	はい	いいえ
14	乳酸菌に対してアレルギーはありますか? また、過去にありましたか?	はい	いいえ
15	10~12月に花粉症の症状が出たり、花粉症のために医薬品を使用する可能性はありますか?	はい	いいえ
16	6月15日以降に献血をしましたか? →「はい」の方は献血の内容と日付をご記入ください 月 日 400ml献血・200ml献血・成分献血	はい	いいえ
17	試験終了(2021年12月2日)まで献血しないことにご協力いただけますか?(成分献血、200mlも含む)	はい	いいえ
18	全ての日程(事前検査1回、本試験3回、皮膚測定4回)に参加可能ですか? <検査はすべて平日>	はい	いいえ
19	今回の試験では本学サテライトでの検査来場日は別の日に、指定機関(デルマラボ株式会社:札幌市中央区北1西5)へご自身で行っていただき、皮膚測定をします。検査時間は事前検査では40分(1回)、本試験では100分(3回)の予定です。検査日は平日で、午前と午後があります。ご協力いただけますか?	はい	いいえ
20	試験期間中、以下の遵守事項にご協力いただけますか? ●肌改善を目的とした、外用薬の使用禁止 ●使用している化粧品の変更の禁止 ●試験開始前と同等の顔のケアの維持 ●まつげエクステ(パーマ)、美顔器、エステ、ヒアルロン酸注入、ボトックス、ピーリング、光線療法、レーザー治療の禁止 ●日焼けを控え、紫外線対策をする(日焼けサロンは禁止)	はい	いいえ
21	皮膚測定を行う検査日について、以下のことにご協力いただけますか? ●検査日2週間前から毛染めやヘアマニキュアをしない ●検査日1週間前から顔剃りをしない ●検査日前日はスパイスーな食べ物を食べない ●検査日前日は必ず入浴する(シャワー可) ●検査日当日は上腕内側のスキンケアをしない ●検査日当日はメイク落としと洗顔料を持参し測定前に洗顔を行う	はい	いいえ
22	試験食品は有胞子乳酸菌含有カプセル、または有胞子乳酸菌を含まないカプセルのいずれかで、1日1カプセルを朝食後に摂取していただけます。8週間毎日欠かさず摂取していただけますか?	はい	いいえ
23	試験期間中の9週間、毎日の排便状況(回数、量、形等)について、見本を見て日誌に記録することにご協力いただけますか? また外出される場合も、見本や日誌等を携帯し、記録していただけますか?	はい	いいえ
24	本試験では、心拍計を装着する検査があり、心拍計は入浴時と水泳時を除く1日中装着していただけます。期間は1回目および3回目検査日前の3日間×2回の計6日間です。ご協力いただけますか?	はい	いいえ
25	心拍計の操作方法などについて、スマートフォンやパソコンで説明動画(YouTube)を見る環境はありますか? ※動画視聴の環境がない場合は、動画に代わる資料を郵送いたします	はい	いいえ
26	心拍計は、測定開始日の約1週間前に宅急便で送ります。時間指定は可能ですが、宅急便を受け取ることは可能ですか?	はい	いいえ
27	今回の試験では、事前検査を含め採便提出が4回あります。それぞれ検査日の3日前から前日までに採便していただけます。採った便は、提出まではご家庭の冷蔵庫で保管したり冷凍庫で凍らせていただく必要がありますが、ご協力いただけますか? なお、検査日前日までに採便できなかった場合や、再提出となった場合、検査から3日以内に採便したものを本学(江別)までご持参いただけますが、その際の交通費は自己負担となります。また、糞便検査の結果はお返しができません。ご協力いただけますか?	はい	いいえ
28	現在、または1か月以内に他の臨床試験や食品モニターに参加していますか? (合否結果待ちも含む)	はい	いいえ
29	現在妊娠や授乳をしていますか? また、半年以内に予定はありますか?	はい	いいえ

北海道情報大学<食の臨床試験>食品モニターに登録された方には、<食の臨床試験>や無料健診のご案内をメールや郵便で送らせていただく場合がありますのでご了承ください。ご登録の個人情報は本学が責任を持って管理し、ご本人の同意なしに上記目的以外での利用や第三者への提供・開示はいたしません。

FAX送信の翌日(平日)までに連絡がない場合は、お手数ですが(011)385-4430までお問い合わせください。