

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	〒(-)		

【申込みのきっかけ】 まんまる新聞・当センターHP・メルマガ(当センター・ふりっばー・POROCO)・紹介・その他()

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1,2,3のように希望順を記入ください。)

TKPガーデンシティPREMIUM札幌大通 5階 札幌市中央区南1条西1丁目8-2(高桑ビル)

□11月25日(木) □11月26日(金) □11月27日(土) □11月28日(日)

※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	当センターで2020年に実施した「植物抽出物試験」に参加しましたか? ※事前検査のみ参加した方および辞退により試験食品の摂取をしていない方は、『いいえ』を選択してください。	はい	いいえ
2	現在、お仕事をされていますか? ※勤務時間、雇用形態は問いません(パート、アルバイト、自宅勤務可)	はい	いいえ
3	軽度な体調不良(活気の低下、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ感、倦怠感など)感じることはありますか?	はい	いいえ
4	現在の身長・体重を記入してください。	cm	kg
5	ペースメーカーや除細動器を使用していますか?	はい	いいえ
6	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
7	胃や腸など消化器系の大きな手術を受けたことがありますか? →「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
8	夜間勤務などで睡眠や食生活などの生活習慣が不規則になることはありますか?	はい	いいえ
9	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
10	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
11	サプリメントや健康食品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、週〇日、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
12	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
13	カカオ または その他 何かの食品 に対しアレルギーはありますか?または、過去にありましたか? →「はい」の方は何でアレルギーがあったか、又 お薬の名称をご記入ください アレルギー・お薬の名称など:	はい	いいえ
14	10月1日以降に400ml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	はい	いいえ
15	事前検査から試験期間終了(2021年2月19日)まで献血しないことにご協力頂けますか?	はい	いいえ
16	試験期間中(11~2月)にライフスタイルが大きく変化する可能性はありますか?(転職・結婚・引越しなど)	はい	いいえ
17	カカオ成分の多いビターチョコレート(ビター、ブラック、カカオ●●%などの表示がある商品)を1日40g以上(板チョコ1枚程度)、週6回以上摂取していますか? ※ホワイトチョコレートは含みません。	はい	いいえ
18	上記以外のチョコレート(ミルクチョコレートまたはチョコレートの表記がある商品)を1日100g以上(板チョコ2枚程度)、週6回以上摂取していますか? ※ホワイトチョコレートは含みません。	はい	いいえ
19	試験期間中、チョコレートの摂取制限があります。カカオ成分の多いビターチョコレートは1日40gまで、普通の純チョコレートは1日100gまでとなります。ご協力いただけますか?	はい	いいえ
20	試験食品はタブレット錠です。1日10錠を、4週間 毎日欠かさず水かぬるま湯で嚙まずに摂取することにご協力いただけますか?	はい	いいえ
21	全ての日程(事前検査と、本試験2回: 1/21か22・2/18か19)に参加可能ですか?	はい	いいえ
22	試験期間中、新型コロナワクチンの接種は禁止ではありませんが、毎回の検査日の1週間前から当日の検査が終了するまでの期間については、接種を控えていただけますか?	はい	いいえ
23	試験内容の説明は、同意説明文書等の書類送付と動画視聴にて行います。また、書類と動画を見たあとに行っていた理解度確認テストの提出が必須となります。ご協力いただけますか?	はい	いいえ
24	YouTubeの試験説明動画を視聴することでできますか?(パソコン、スマートフォン等で、QRコードもしくはURLから視聴) ※「いいえ」の場合は、DVD等の資料を郵送いたします。	はい	いいえ
25	本試験では、心拍計と脳波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、脳波計は就寝時に装着していただきます。期間は各検査日直前の3日間です。また脳波計装着時にタブレット端末の簡単な操作が必要となりますが、ご協力いただけますか?	はい	いいえ
26	機器類は測定の前1週間前に宅急便で送りますが、受け取ることは可能ですか?	はい	いいえ
27	現在、他の臨床試験や食品・サプリメント・化粧品等の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
28	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。