

乳飲料試験 事前検査 参加FAX申込書

・参加の可否については、ハガキで連絡いたします(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あらかじめご了承ください)。

参加希望日 (希望順がある場合は1、2、3のように日にちの前に希望順を記入ください)
 各日午前(9:00~12:30)・午後(13:30~17:00)があります。日程の変更が非常に難しいため、参加が可能な日程のみ○で囲ってください。

札幌駅前ビジネススペース (札幌市中央区北5条西6丁目1-23 第二北海道通信ビル2階)

6/29(水)午前 6/30(木)午前 7/1(金)午前 7/2(土)午前 7/3(日)午前 7/4(月)午前 7/5(火)午前

6/29(水)午後 6/30(木)午後 7/1(金)午後 7/2(土)午後 7/3(日)午後 7/4(月)午後 7/5(火)午後

(ふりがな) お名前		生年月日 (西暦で)	年 月 日 (歳)	性別	男・女
TEL	日中つながりやすい番号をご記入ください	健康保険証 の種類	国保・国保以外・持っていない	FAXでの参加可否の返信(希望:する・しない)	
住所	〒()				
会員登録	<input type="checkbox"/> 初めて申し込む(会員登録なし) → 事前検査に参加できない場合でも → <input type="checkbox"/> 会員登録をする <input type="checkbox"/> 会員登録済み ※事前検査に参加する場合は会員登録が必須となります → <input type="checkbox"/> 会員登録をしない				

お申込みのきっかけ 【 ふりっぱー(雑誌広告) ・ ふりっぱーメルマガ ・ 家族・知人の紹介 ・ センターHP 】

【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。

右肩の痛み	1	右腕を長い時間上げると、肩や腕が痛むことはありますか？ また、以下に当てはまる項目がありますか？ ●透析などでシャントがある ●右部乳がんなどの治療でリンパ節廓清(かくせい)を行っている ●右鎖骨下動脈狭窄がある	はい	いいえ
FMD測定	2	今回の試験では、FMD測定という血管のしなやかさ(柔軟性)を測定する検査があります。簡易ベッドに横になり、右腕を横に伸ばした状態で5分間圧迫し、一時的に血管をうっ血させる検査です。FMD測定にご協力いただけますか？	はい	いいえ
抗菌薬 整腸剤	3	本日から試験終了(11/29)までの間に、歯医者での治療などで抗生物質を服用する予定はありますか？	はい	いいえ
既往歴	4	現在、整腸剤や便秘薬(下剤を含む)、下痢止めを週6日以上使用していますか？	はい	いいえ
ペース メーカー	5	喘息、結核、肋膜炎など気管支系の病気になったことはありますか？	はい	いいえ
通院・服薬	6	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
	7	最近、病院にかかったり、薬を服用していますか？ →「はい」の方は病名や薬の名前、症状をご記入ください 病名: 症状: 薬の名称:	はい	いいえ
消化器系の 手術歴	8	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
生活習慣	9	泊まりのある夜間勤務がありますか？	はい	いいえ
	10	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
	11	喫煙しますか？(電子タバコ等も含む)	はい	いいえ
献血	12	5月13日以降に献血をしましたか？ →「はい」の方は献血した日付と内容をご記入ください 献血日: 月 日 内容: 400ml ・ 200ml ・ 成分献血	はい	いいえ
	13	本日から試験期間終了(11/29)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
アレルギー	14	乳成分、またはその他何かの食品や薬に対して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」の方は何のアレルギーがあるか、食品または薬の名称等をご記入ください アレルギーのある食品・薬の名称など:	はい	いいえ
サプリメント 健康食品	15	サプリメントや健康食品(特定保健用食品を含む)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
	16	試験期間中は、サプリメントや健康食品(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
試験食品	17	試験食品はヨーグルト飲料です。1日1本100mlを12週間毎日欠かさず摂取していただけますか？	はい	いいえ
	18	試験食品のヨーグルト飲料について、以下にご協力いただけますか？ ●試験食品は8月下旬から週に1回、計13回、冷蔵で配送されます。毎週、配送日当日もしくは翌日までの受け取りをお願いします。 ●届いたヨーグルト飲料はご自宅の冷蔵庫で保管をお願いします。最大で13個のヨーグルト飲料を保管するスペースが必要です。	はい	いいえ
摂取禁止	19	試験期間中(8月下旬~11月末)は、試験食品以外のヨーグルトやヨーグルト飲料、乳酸菌またはビフィズス菌が入った食品や飲料、オリゴ糖、オリゴ糖入り食品、食物繊維を強化した食品の摂取を全てやめていただく必要がありますが、ご協力いただけますか？	はい	いいえ
試験日程	20	試験期間中、事前検査1回、本試験4回の計5回、全ての日程に参加可能ですか？	はい	いいえ
検体提出	21	今回の試験では計3回の糞便提出があります。検査日の3日前から当日の朝までに採便し、ご自宅の冷蔵庫で冷やして検査日当日提出していただきます。当日提出できなかった場合は、検査後3日以内に採便し、本学までご持参いただけますが、その際の交通費などは自己負担となります。糞便提出にご協力いただけますか？	はい	いいえ
動画視聴	22	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、動画を見たあとに記入していただく同意書や理解度確認テストの期日まで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
	23	YouTubeの試験説明動画を視聴することができますか？(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)	はい	いいえ
心拍・脳波 計測	24	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。期間は摂取開始前検査日と摂取12週間後検査日の前のそれぞれ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
臨床試験 参加	25	現在または1か月以内に、他の臨床試験、観察研究、治験、ホームユーステスト、食品・サプリメント・化粧品等のモニターに参加する予定はありますか？(合否結果待ちも含む)	はい	いいえ
妊娠・授乳	26	《女性のみ回答》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>ボランティア会員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。

お申込みから5営業日(平日)を過ぎても参加の可否についてのハガキが届かない場合は、お手数ですが(011)385-4430までお問い合わせください