

米ぬか発酵物試験 試験参加に関する確認事項質問用紙

以下の質問に関し、回答欄にもれなく記入した後、
【回答用紙（FAX送信用紙）】側のみをFAXにて送信してください。

①	最近、物忘れが気になることがありますか？ または、家族などに物忘れについて指摘されたことがありますか？
②	昨日の昼ご飯のメニューをすぐに思い出せないことはありますか？
③	最近、物覚えが悪いと感じますか？
④	12月14日以降に病院で認知機能検査をしたことがありますか？ またはこれからする予定がありますか？
⑤	胃腸などの消化器系に関する大きな手術を受けた事がありますか？
⑥	ペースメーカーや除細動器を使用していますか？
⑦	アレルギーがありますか？ もしくは過去にありましたか？ ⇒「はい」の方は、アレルギーのある薬・食品等をご記入ください
⑧	最近、病院にかかったり、薬を服用していますか？ また、食事指導や運動指導などを受けていますか？ ⇒「はい」の方は、病名や症状、治療内容（お薬の名前、手術、指導など）をご記入ください
⑨	過去に、通院や投薬、手術をしたことがありますか？ ⇒「はい」の方は、病名や症状、治療内容（お薬の名前、手術、指導など）をご記入ください
⑩	採血で気分や体調が悪くなることはありますか？
⑪	試験期間中（5～11月）に仕事、食習慣、運動習慣、睡眠習慣などのライフスタイルが大きく変わる可能性はありますか？
⑫	農業や重いものの運搬など重めの肉体労働に従事していますか？
⑬	泊りのある夜間勤務はありますか？
⑭	ジョギング、テニス、水泳、登山などの激しい運動を週3回以上かつ1回30分以上実施していますか？
⑮	タバコは吸いますか？ ⇒「はい」の方は、一日何本くらい吸うかご記入ください
⑯	お酒は飲みますか？ ⇒「はい」の方は、週に何日くらい飲酒するかご記入ください
⑰	1月25日以降に400ml献血をしましたか？
⑱	本日から試験期間終了（11/27）まで、献血をしないことにご協力いただけますか？ ※200ml献血、成分献血も含む サプリメントや健康食品（特定保健用食品を含む）を何か摂取していますか？ ⇒「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
⑳	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？
㉑	高タンパク質を謳う食品や飲料（プロテインバー、高タンパクゼリー、高タンパクヨーグルト、プロテイン飲料など）を週6日以上摂取しますか？
㉒	試験期間中は、高タンパク質を謳う食品や飲料（プロテインバー、高タンパクゼリー、高タンパクヨーグルト、プロテイン飲料など）は摂取禁止となりますが、ご協力いただけますか？
㉓	現在、または1か月以内に、他の臨床試験（治験、食品モニター）に参加していますか？ ※合否結果待ちも含む
㉔	本日から他の臨床試験（治験、食品モニター）に参加や申し込みをしないことにご協力いただけますか？
㉕	試験食品はカプセルです。1日1カプセルを朝食時に水または白湯と共に、24週間毎日摂取していただきます。 試験食品を24週間、毎朝欠かさず摂取していただくことはできますか？
㉖	今回の試験では、イスなどに座ったまま膝を伸ばしたり曲げたりする1セット5分ほどの運動を、毎日2セット実施していただきます。指定の運動を24週間、毎日欠かさず行うことはできますか？
㉗	試験期間中、事前検診（1回）、本試験（計3回）の全ての日程に参加が可能ですか？
㉘	試験期間中（約28週間）、体調変化、常用していない医薬品使用の有無、試験食品摂取の有無、運動実施状況などを日誌にご自身で毎日記入していただく必要があります。ご協力いただけますか？ 事前検査の前に同意説明文書等をよくお読みいただき、期日までに書類を提出することにご協力いただけますか？
㉙	・お申込み完了後、「同意説明文書」や「理解度確認テスト」などの書類が郵送されます ・会場での説明会は実施しません。必ず「同意説明文書」をお読みください
㉚	試験説明動画（YouTube）を見る環境はありますか？（パソコン、スマートフォンなどで視聴）

【回答用紙（FAX送信用紙）】

こちら側だけFAX送信してください

お名前		ふりがな	(性別： 男 ・ 女)
生年月日	(西暦)19 年 月 日 (歳)	健康保険証の種類	国保 ・ 社保(協会健保) ・ その他()
日中繋がる電話番号		FAX	※参加可否についてFAXで返信する場合があります
住 所	(〒 -)		

① いいえ はい	参 加 希 望 日 ※希望日に○をつけてください(どの時間帯でも参加可能な日を選んでください) ※希望順がある場合は、1, 2, 3のように希望順をご記入ください ☐ 3/14(火) ☐ 3/15(水) ☐ 3/16(木) ☐ 3/17(金) ☐ 3/18(土) ☐ 3/19(日) ☐ 3/20(月) ☐ 3/21(火)※祝日
② いいえ はい	
③ いいえ はい	
④ いいえ はい	
⑤ いいえ はい	
⑥ いいえ はい	

⑦ いいえ はい ⇒ アレルギーのある薬・食品名など()
⑧ いいえ はい ⇒ 病名、() 治療内容(薬名、() 症状等() 手術、指導など()
⑨ いいえ はい ⇒ 病名、() 治療内容(薬名、() 症状等() 手術、指導など()
⑩ 毎回悪くなる ・ たまに悪くなる ・ 悪くなることはない
⑪ 大きく変わる ・ 少し変わる ・ 変わらない
⑫ いいえ はい
⑬ いいえ はい
⑭ いいえ はい
⑮ いいえ はい ⇒ 1日に()本 喫煙
⑯ いいえ はい ⇒ 週に()日 飲酒
⑰ いいえ はい
⑱ いいえ はい
⑲ いいえ はい ⇒ 商品名() 目的() 摂取頻度()

⑳ いいえ はい
㉑ いいえ はい
㉒ いいえ はい
㉓ いいえ はい
㉔ いいえ はい
㉕ いいえ はい
㉖ いいえ はい
㉗ いいえ はい
㉘ いいえ はい
㉙ いいえ はい
㉚ いいえ はい

氏名や住所等の欄および参加希望日、質問の回答を記入し、漏れがないことを確認のうえ、

011-385-4429 (FAX専用)

にFAX送信してください。

- 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。
- 参加の可否について、ハガキでお知らせする場合があります。
- FAX送信後、5営業日(平日のみ)以内に返信がない場合、正しく送信されていない可能性がありますので
(011)385-4430 までお問い合わせください。