

# この先も元気に暮らしていくために

こんにやく由来のセラミド摂取による、認知機能改善効果を検討する試験に参加してみませんか？

## 参加者募集！

### 試験内容

- セラミド含有食品(ゼリー) もしくは セラミドを含まない食品(ゼリー) のいずれかを、24週間毎日摂取
- 規定の日時に検査来場
- ご自宅で日誌やアンケート類の記入・郵送

### 事前検査

申込み後、ご参加いただく方には事前に同意説明文書をお送りします。内容をご確認いただき、試験参加に同意された方に、下記日程のいずれかで事前検査を実施します。(採血、身長・体重測定、認知機能検査など)

【日時】 8月1日(火)～5日(土)  
※いずれか1日

【時間】 各日とも 9:00～12:30  
※所要時間は60分程度

【会場】 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1-2 3  
第二北海道通信ビル2階  
※専用駐車場・駐輪場はありません



※事前検査と本試験のすべてに参加された場合、合計27,000円の試験協力費(商品券)をお渡しします

### 参加条件

- もの忘れなど認知機能の低下を自覚している60歳以上79歳までの日本人男女
  - 健康保険証をお持ちの方
  - 毎日の生活日誌の記入や、所定の期間内でのアンケートの回答記入等がご自身でできる方
- ※参加できない条件については下部参照

### 本試験

【日時】 各日程とも、3回検査来場があります

	摂取前	摂取12週後	摂取24週後
A日程(火曜)	10/31	1/23	4/16
B日程(水曜)	11/1	1/24	4/17
C日程(木曜)	11/2	1/25	4/18
D日程(金曜)	11/3(祝日)	1/26	4/19

【時間】 各日とも9:00～12:30  
※所要時間は90分程度

【会場】 事前検査と同じ(予定)  
※変更がある場合は、都度お知らせいたします

### 申し込み期間

【FAX】 7月3日(月)～5日(水) 17:00まで  
FAX専用番号は裏面に記載

【電話】 7月4日(火) 10:00～15:00 ※この日この時間帯のみ  
**011-385-4430** (受付専用電話)

※FAXは24時間受付

※受付はFAX・電話ともに先着順ではありません。

期間内にお申込みいただいた方のなかから、条件を満たしている方に参加をお願いします。なお、条件を満たしている場合でも条件や人数、日程が偏らないように調整するため、ご参加いただけない場合があります。

※募集状況によっては、受付期間を延長する場合があります。

### 本試験参加までの流れ

- ①FAX または電話にてお申込み
- ②郵送される同意説明文書を読み、試験参加に同意
- ③事前検査に参加
- ④事前検査の結果、参加条件に該当する場合、本試験に参加

#### ◀この試験に参加できない方▶

◆認知症、アルツハイマー病、精神疾患、脳血管疾患により医師による治療、投薬を受けている方 ◆精神疾患及び脳血管疾患の既往歴もしくは疑いがある方 ◆ペースメーカー、除細動器を使用している方 ◆重篤な脳血管疾患、心疾患、肝疾患、腎疾患、消化器疾患、呼吸器疾患、届出が必要な感染症などに罹患している方 ◆胃切除、胃腸縫合術、腸管切除など消化器系に大きな手術歴のある方 ◆血圧測定、身体計測、血液検査で著しい異常が認められる方 ◆高度の貧血のある方 ◆閉経前後の女性で体調の著しい変化がみられる方 ◆嚥下困難な方 ◆薬物、食品又は植物(特にゼラチン、マンゴー、ワルシ、ピスタチオ、カシューナッツ、ラテックスゴム及びシラカバ) に対しアレルギー症状を示すおそれのある方 ◆認知機能に影響する医薬品、サプリメントを含む健康食品を常用している方 ◆スクリーニング検査(事前検査)4週間前から摂取終了までの間に、他の臨床試験、観察研究、治験、ホームユーステストに参加予定の方(当センター以外の臨床試験等も含む) ◆その他、試験責任医師が不適当であると判断した方 ※その他生活習慣や服用中の薬によってもご参加いただけないことがあります(申し込み受付時に詳細をお聞かせします)。



学校法人 電子開発学園  
北海道情報大学  
Hokkaido Information University

～食品の健康機能を科学的に評価する学術拠点～

健康情報科学研究センター

食品の持つ機能を評価する「食の臨床試験」を実施している研究機関です

セラミド用量設定試験 事前検査参加申込書(FAX)

参加希望日 (希望日に○を記入ください。午前中のどの時間帯でも大丈夫な日をお選びください)

会場: 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)

 8/1(火)  8/2(水)  8/3(木)  8/4(金)  8/5(土)

(ふりがな) お名前		生年月日 (西暦で)	西暦	性別	男・女
		健康保険証 の種類	19 年 月 日( 歳)	国保・国保以外・持っていない	
TEL	日中つながりやすい番号をご記入ください	FAX	※FAXにて参加可否の返信をする場合があります。あらかじめご了承ください。		
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				

【試験参加に際しての確認事項】必ず以下の質問すべてにお答えください

1	最近もの忘れが気になりますか？	はい	いいえ
2	昨日のお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？	はい	いいえ
3	最近もの覚えが悪いと感じますか？	はい	いいえ
4	ゼラチン、マンゴー、ウルシ、ピスタチオ、カシューナッツ、ラテックスゴム、シラカバに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	いいえ
5	現在、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
6	いままでに、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
7	過去に、通院したり、投薬や手術を受けたことがありますか？(質問6で記入したもの以外) →「はい」の方は病名や治療内容(医薬品名、手術、指導など)をご記入ください 病名: 治療内容:	はい	いいえ
8	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
9	夜間シフトや泊まり勤務のあるお仕事をしていますか？	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	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
12	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: 摂取頻度:	はい	いいえ
13	試験期間中は、上記を含めサプリメントや健康食品(特定保健用食品を含む)の摂取をすべてやめていただけますか？	はい	いいえ
14	2023年4月11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
15	本日から試験期間終了(2024年4月19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
16	現在もしくは過去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しましたか？(合否結果待ちのものや本学以外で実施の臨床試験等も含む)	はい	いいえ
17	本日から試験期間終了(2024年4月19日)まで、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への参加や申し込みをしないことにご協力いただけますか？	はい	いいえ
18	試験食品はマンゴー味のスティック型ゼリーです。1回1本(10g)を朝昼夕の食事前後に1本ずつ、1日3回(30g)摂取します。24週間、毎日欠かさず摂取していただけますか？	はい	いいえ
19	事前検査1回、本試験期間中3回の計4回検査会場が必要ですが、すべての日程に参加可能ですか？(日程変更不可)	はい	いいえ
20	ご自身で、日誌やアンケートなどの書類記入ができますか？	はい	いいえ
21	スマホかパソコンで二次元コード読み取りもしくはURL入力をして、試験説明動画(YouTube)を見ることはできますか？	はい	いいえ
22	事前検査の前に同意説明文書等をよくお読みいただき、期日までに必要書類を提出することにご協力いただけますか？ ・事前検査にお進みいただく方には、後日「同意説明文書」や「理解度確認テスト」などの書類を郵送いたします。 ・会場での説明会は実施しません。必ずご自身で「試験説明動画」を視聴し、「同意説明文書」をお読みください。	はい	いいえ
23	試験期間中(前観察期間1週間+摂取期間24週間の合計25週間)、体調変化、常用していない医薬品の使用の有無、試験食品の摂取の有無などを、日誌に毎日記入していただきます。ご協力いただけますか？	はい	いいえ
24	各日程とも満席の場合、ご希望されている日程でキャンセル待ち登録とさせていただきますが構いませんか？	はい	いいえ

北海道情報大学&lt;食の臨床試験&gt;ボランティア会員に登録された方には、&lt;食の臨床試験&gt;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。

7月11日(火)を過ぎても参加の可否についての連絡が届かない場合は、お手数ですが(011)385-4430 までお問い合わせください