

参加希望日程（希望日程に○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）

札幌会場：豊水総合メディカルクリニック(札幌市中央区南7条西2丁目1-4)

 9/2(月)  9/3(火)  9/4(水)  9/5(木)  9/6(金)

江別会場：北海道情報大学 国際交流センター(江別市西野幌45-5)

 9/8(日)  9/9(月)  9/10(火)  9/11(水)  9/12(木)  9/13(金)  9/14(土)

(ふりがな) お名前			健康保険 証の種類	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	生年月日 (西暦で)	西暦	年	月	日( 歳)	性別	男・女
住所	〒(      -      )							
会員登録	<input type="checkbox"/> 初めて申し込む(会員登録なし)		→ 今回の臨床試験に参加できない場合でも			<input type="checkbox"/> 会員登録をする		<input type="checkbox"/> 会員登録をしない
	<input type="checkbox"/> 会員登録済み(試験に申し込んだことがある)		※臨床試験に参加する場合は会員登録が必須となります					

【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	現在の身長と体重を記入してください	身長:(      cm)	体重:(      kg)
2	1年に何回風邪をひきますか？(該当箇所を○で囲む)	1年に2回以上	1年に1回程度 / 数年に1回あるかないか / 全くひかない
3	季節を問わずに1年を通して、くしゃみ、鼻水、鼻づまりなどのアレルギー症状がありますか？	はい	いいえ
4	現時点で、以下の期間中に予防接種を受ける予定がありますか？(新型コロナワクチンやインフルエンザワクチンを含む各種予防接種) ①2024年8月2日～2024年9月14日      ②2024年10月18日～2024年11月23日 ③2024年12月20日～2025年1月25日      ④2025年2月14日～2025年3月22日	はい	いいえ
5	試験期間中、予防接種は禁止ではありませんが、毎回の検査時、来所日1か月前から検査終了までの間(上記①～④の期間)は接種を控えていただくことにご協力いただけますか？	はい	いいえ
6	現在もしくは過去にB型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒を患ったことはありますか？(キャリアを含む)	はい	いいえ
7	事前検査にて、B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス・HIV・梅毒の検査を行います。検査結果が陽性の場合、事前検査で試験参加終了となります。ご協力いただけますか？	はい	いいえ
8	以下の医薬品のいずれかもしくは複数週1回以上、定期的に内服していますか？ ●乳酸菌・ビフィズス菌を含む医薬品      ●鼻炎薬      ●抗アレルギー薬      ●抗生物質	はい	いいえ
9	現在、病院にかかったり、上記以外の薬を服用していますか？ →「はい」の方は病名や症状、薬の名称をご記入ください 病名:      症状:      薬の名称:	はい	いいえ
10	いまままでに、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
11	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
12	ヨーグルトまたは乳酸菌飲料を週4回以上摂取していますか？ →「はい」の場合、摂取している製品名をすべて○で囲んでください(下記に製品名のないヨーグルトや乳酸菌飲料を摂取している場合は「その他」を選択) R-1シリーズ / ナチュレ恵シリーズ / ビヒダスシリーズ / ヤクルトシリーズ / その他	はい	いいえ
13	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)、特定の乳酸菌やビフィズス菌を含むヨーグルトは摂取禁止となります。ご協力いただけますか？	はい	いいえ
14	夜間勤務や泊まり勤務などで、睡眠や生活習慣、食生活が不規則になることはありますか？	はい	いいえ
15	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	1日に	本
16	お酒は飲みますか？ →「はい」の方は、週に何日位飲酒しますか？	週に	日
17	2024年になってから献血をしましたか？「はい」の方は一番最近献血した日付と内容をご記入ください ●献血日: 2024年      月      日      ●内容: 400ml ・ 200ml ・ 成分献血	はい	いいえ
18	現在、または過去1か月以内に他の臨床試験(治験、食品モニター等含む)に参加していますか？ (可否結果待ちのものや、当センター以外で実施の臨床試験も含む。但し、「江別いきいき未来スタジアム」「女性QOL」「マイライフ」の方は参加可)	はい	いいえ
19	2024年11月～2025年3月に海外旅行に行く予定はありますか？	はい	いいえ
20	現在、妊娠または授乳をしていますか？半年以内にその可能性はありますか？	はい	いいえ
21	試験食品は「粉末」です。原則として朝食前に1日1包1gを16週間毎日摂取していただきます。毎日欠かさず摂取することに、ご協力いただけますか？	はい	いいえ
22	試験期間中、事前検査(1回)、本試験(3回)の全ての日程に参加可能ですか？	はい	いいえ
23	事前検査前1週間、前観察期間1週間、摂取期間16週間、合計18週間毎日、体調に関する自覚症状の程度を日誌に記入していただきますが、ご協力いただけますか？	はい	いいえ
24	この試験では、計3回の唾液提出があります(新型コロナウイルスの検査ではありません)。検査日当日の起床直後に唾液を採取し会場にて提出していただきます。検査結果は返却いたしません。唾液提出にご協力いただけますか？	はい	いいえ
25	この試験では、計3回の糞便提出があります。採便後はご自宅で常温で保管していただき、検査日当日、会場にお持ちいただきます。検査結果は返却いたしません。糞便提出にご協力いただけますか？	はい	いいえ
26	参加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？ ・今回の試験の参加条件を満たしている方には、後日「同意説明文書」や「問診票」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
27	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
28	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。ご希望の日程でキャンセル待ち登録とさせていただきます。ご希望の日程でキャンセル待ち登録とさせていただきます。ご希望の日程でキャンセル待ち登録とさせていただきます。	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31日(水)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