

ポリフェノールの継続摂取が体組成に及ぼす影響を確かめる試験に参加してみませんか？



最近“体脂肪”が気になるあなたに

この試験では、ポリフェノールを含むタブレットを8週間継続摂取した際の、体組成および血糖への影響を探索的に検討します。また、摂取終了後2週間の観察を通じて、摂取によって得られた有益な体組成変化が、摂取終了後にもどの程度維持されるかを検証します。

《臨床試験の内容》

- ポリフェノール含有タブレット、もしくはポリフェノールを含まないタブレットを1日1回1粒、8週間朝食前に毎日摂取
- ご自宅で、日誌やアンケート類の記入、活動量(歩数)の計測など
- 規定日に来所いただき、問診、血圧・体組成測定、腹囲測定、採血などの検査に参加

《参加条件》

- 体脂肪が気になる40歳以上69歳までの日本人男女
- マイナ保険証または資格確認書を提示できる方(公的医療保険の資格確認が可能の方)

ただし、以下の条件に当てはまる方は、ご参加いただけません。

- 慢性疾患の治療を目的とした内服薬、注射薬またはその他の全身作用を有する医薬品を継続的に使用している方
 - 医師の管理下において、運動療法または食事療法を受けている方
 - 体内植込み型金属製医療機器(ペースメーカー、植込み型除細動器、人工関節、プレート、インプラント等)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
 - 閉経前後の女性で体調の著しい変化がみられる方、または更年期障害により医師による診断、治療、投薬、生活指導を受けている方
 - 薬物または食品に対しアレルギー症状を示すおそれのある方
 - カフェイン感受性の高い方
 - 試験期間中に生活習慣(健康食品の摂取、食事、飲酒、喫煙および運動習慣の内容、量、睡眠環境)が変わる予定がある方
 - 試験期間中に転勤、1週間以上の出張や旅行の予定がある方
 - 妊娠中または妊娠している可能性のある女性、授乳中の女性
 - 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の方
 - 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きます)。

《事前検査》

申込み内容確認後、事前検査に参加いただける方には同意説明文書等書類一式をお送りします。受け取り後はすぐに開封し内容をよくご確認ください。臨床試験の内容に同意された方は、必要事項を記入した書類をご持参のうえ、下記日程のいずれかで事前検査にご参加いただきます(採血、体組成・腹囲測定など)。

- 【日程】2/1(日)、2(月)、3(火)の3日間のうちのいずれか1日 ※各日36名を予定
【時間】各日とも午前中のみ(9:00~12:30) ※所要時間は45分程度を予定
【会場】北海道情報大学 札幌サテライト 札幌市中央区北3条西7丁目1-1 緑苑ビル4階

《本試験》

- 【日程】《A日程(日曜)》3/22(日)、5/17(日)、5/31(日) } 両日程ともに3回来所
《B日程(月曜)》3/23(月)、5/18(月)、6/1(月)
【時間】各日とも午前中のみ(9:00~12:00) ※所要時間は45分程度を予定
【会場】北海道情報大学 札幌サテライト(予定) ※変更がある場合は都度連絡いたします
※すべての検査および日誌提出等にご参加・ご協力いただいた場合、試験協力費として27,000円分(商品券)をお渡しいたします。

《申込方法》

- 受付はFAXかwebのみ ◆FAX⇒裏面が申込用紙です。必要事項を記入し、下記専用FAX番号宛に送信
◆web⇒二次元コードを読み取り、お申込みページへ進んでください→

※ご自宅にFAXがない場合はお手数ですがコンビニなどから送信してください。
※送信の際は、裏表を間違えないよう十分ご注意ください。

専用FAX番号：011-385-4429

受付期間：1月15日(木)9:00～1月19日(月)13:00まで

●24時間受付 ●FAXの場合、受付初日の午前中は申し込みが大変混み合うため受信ができないことがあります。その場合は時間をおいてから再度送信してください(FAXもwebも受付は先着順ではありません) ●参加条件を満たしている場合でも、それぞれの条件や人数、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 ●募集状況により、受付期間の短縮や延長をする場合があります ●参加の可否については、後日書類郵送もしくはハガキにてご連絡いたします(FAXでの返信はいたしません)



FAX送信時、表裏を間違えて送られる事例が多数あります。
不安な方はこちらに氏名と電話番号を記入のうえ送信してください。
(表裏を間違えていた場合、お名前と電話番号がわかればセンターから連絡いたします)

《氏 名》

《電話番号》

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



学校法人 電子開学園

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

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）

会場：北海道情報大学 札幌サテライト（札幌市中央区北3条西7丁目1-1 緑苑ビル4階）

☐ 2/1(日)☐ 2/2(月)☐ 2/3(火)

※各日とも午前中のみ

(ふりがな) お名前			加入している 公的医療 保険の種類	1) 国保または 後期高齢者医療保険		2) 左記以外 (協会けんぽ、共済等)		3) 医療扶助		
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)	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 → <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	現在の身長と体重を記入してください(できるだけ直近の数値でご記入願います)	() cm	() kg
2	3ヶ月前頃の体重と比較して、±10%以上の変化はありましたか？(例:3ヶ月前に60 kgの場合、6 kg以上の増減があった→「はい」)	はい	いいえ
3	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
4	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
5	現在、医師の管理下において、運動療法または食事療法を受けていますか？	はい	いいえ
6	ペースメーカー、植込み型除細動器、人工関節、プレート、インプラント等を使用していますか？	はい	いいえ
7	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？(男性は「いいえ」を選択してください)	はい	いいえ
8	カカオ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
9	カフェイン(コーヒーやお茶など)を摂取すると、頭痛、動悸、吐気、下痢などの不快な症状を感じることはありませんか？	はい	いいえ
10	以下の食品を、週3回以上摂取する習慣はありますか？ ・ビター、ブラック、カカオ●●%などの表示があるチョコレートを、1日40g以上(板チョコ1枚程度) ・上記以外のミルクチョコレート(ホワイトチョコレートを除く)を、1日100g以上(板チョコ2枚程度)	はい	いいえ
11	試験期間中は、高カカオチョコレート(カカオ分70%以上のチョコレート)、純ココア(ピュアココア)で作った飲料、コーヒー・緑茶・紅茶の摂取量に制限がありますが、ご協力いただけますか？(1日あたり、コーヒー300ml以内、緑茶500ml以内、紅茶600ml以内等)	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(ダイエットのため、肌のため…など)、摂取頻度(毎日、週●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、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
14	試験期間中(3月中旬から6月初めまで)に、生活習慣(健康食品の摂取、食事、飲酒、喫煙及び運動習慣の内容・量、睡眠環境)が変わる予定がありますか？	はい	いいえ
15	試験期間中(3月中旬から6月初めまで)に、転勤の可能性はありますか？	はい	いいえ
16	試験期間中(3月中旬から6月初めまで)に、1週間以上の出張や旅行の予定がありますか？	はい	いいえ
17	あなたの生活習慣において、以下にあてはまるものはありますか？(ひとつでもあてはまる場合、「はい」を選択してください) ・夜間(泊まり)勤務がある ・休日が定期的に取れない ・食事を2食以上抜くことが度々ある ・夕食をほぼ毎日外食で済ます	はい	いいえ
18	煙草は吸いますか？ →「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
19	お酒は飲みますか？ →「はい」の方は、週に何日位飲酒しますか？	1日に	本
20	2025年10月12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(あてはまるものに○): 400ml ・ 200ml ・ 成分献血	はい	いいえ
21	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。ただし、江別いきいき未来スタディ参加は含みません)	はい	いいえ
22	本日から試験期間終了(6月1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
23	試験参加前に『同意説明文書』等をよく読みいただき、参加を希望される場合は事前検査日当日、会場にて必要書類を提出することにご協力いただけますか？ また、参加辞退される場合は、必ずその旨の電話連絡を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「生活習慣アンケート」などの書類一式を郵送いたします。 ・会場での説明会は実施しません。必ずご自身で「同意説明文書」をお読みいただき、「試験説明動画(2種類)」を視聴してください。	はい	いいえ
24	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
25	試験期間中、計2回の活動量(歩数)測定があります。指定された3日間の起床後から就床までの間、活動量計を装着していただきますが、ご協力いただけますか？	はい	いいえ
26	試験食品は、直径約12 mmのタブレット(錠剤)です。朝食前に1日1回1粒を水または白湯とともに8週間摂取していただきます。試験食品を毎日欠かさず摂取していただくことはできますか？	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

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。

1月26日(月)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