**広島大学病院 未来医療センター**

**食品の臨床研究のための　ボランティア登録用紙**

|  |
| --- |
| ※ご記入の前に、裏面の注意事項をお読みください。　**＊**の項目は必ずご記入をお願いします。 |
| **＊**ふりがな  |  | **＊**性別 | 男　・　女 |
| **＊**お名前 |  | 職業 | 自営業・会社員・公務員学生・主婦・無職 |
| **＊**郵便番号 | 〠　　　－　 | **＊**生年月日 | ㍼・㍻　 年　 月　 日 |
| **＊**住所 | ※マンション名・アパート名などもご記入ください |
| ＊電話番号 | （　　　　）　　　　－ | 自宅・職場・携帯 |
| FAX番号 | （　　　　）　　　　－ | 自宅・職場 |
| メールアドレス | **PC** | 正しく丁寧にお書き頂きますようお願いします |
| **携帯** |
| **🞛情報をお送りできる機会が増えますので、可能な限り連絡方法をご記入下さい🞛** |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　健康状態　　※1年以内の健康診断結果を記入してください |
| **＊**身長 | cm | **＊**体重 | kg |
| 血圧（最高血圧） | mmHg | 血圧（最低血圧） | mmHg |
| 総コレステロール | mg/dl | HDLコレステロール | mg/dl |
| LDLコレステロール | mg/dl | 中性脂肪 | mg/dl |
| 血糖値 | mg/dl | HbA1c | % |
| 尿酸値 | mg/dl | ヘモグロビン | g/dl |

**＊健康診断を受診されていない方は、以下にお答えください。**

**＊また、健康診断結果を記入された方も、6～10にお答えください。**

１．血圧が高いと言われたことがある （はい・いいえ）

２．コレステロール値が高いと言われたことがある （はい・いいえ）

３．中性脂肪の値が高いと言われたことがある （はい・いいえ）

４．血糖値が高いと言われたことがある （はい・いいえ）

５．尿酸値が高いと言われたことがある （はい・いいえ）

６．肝機能の数値が高いと言われたことがある （はい・いいえ）

７．貧血だと言われたことがある　　　　　　　　　　　　　（はい・いいえ）

８．ウエストが（男性85cm以上　女性90cm以上） （はい・いいえ）

９．気になる症状（該当するものに○をしてください）
便秘 軟便・下痢 胃痛・胃もたれ 胸焼け 疲れやすい 体脂肪

アレルギー（喘息　スギ花粉症　アレルギー性鼻炎　アトピー性皮膚炎　食物アレルギー（食品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　その他） シミ・ソバカス 肌荒れ　　むくみ 口内炎 その他気になる症状（　　　　　　　　　　　　　　　）

10．その他
服用中の薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
使用中の健康食品（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
喫煙（吸わない・たまに吸う・習慣的に吸う（1日　　　本））
飲酒（飲まない・たまに飲む・習慣的に飲む）
　　1週間に、ビール（　　　cc）　日本酒（　　　合）　焼酎（　　　cc）
　　その他（　　　　　）を（　　　cc）
排便回数 1週間に（　　　回）

11．食品臨床研究のことを、どこでご覧になりましたか？ （　　　　　　　　　　　　　）

**※登録用紙をお書きになる前に、必ずお読みください。**

**☆ご登録対象**

・20～75歳までの男女

・臨床研究のために、広島大学病院にご来院いただける方

※ただし、以下に該当のある方はご遠慮ください。

・過去に大きな病気や手術をした方

・重篤な疾患のある方

**☆臨床研究へのご参加**

当センターでは、継続的に、様々な機能性食品の評価を行っていく予定です。食品臨床研究実施の際は、登録時の健康状態アンケートを元に、その臨床研究の対象者条件に合う可能性のある方にご案内差し上げますので、すべての食品臨床研究についてご案内できるとは限りません。どうぞご了承くださいますようお願いいたします。検査は、実際に臨床研究にご参加いただく際に実施いたします。

**☆個人情報保護について**

当センターは個人情報の保護に関する法律及び関連法令等を遵守し、「広島大学個人情報の取扱いに関する規則」に基づいて個人情報を取り扱います。提出された個人情報は、厳重に保管し、臨床研究の目的のみに使用いたします。臨床研究のデータは、匿名化した後、統計学的に処理します。

**☆登録用紙について**

・下のQRコードを用いてご登録できます。その場合は登録用紙のご提出は不要です。

・ ホームページからも登録用紙のダウンロードができます。

https://healthy-life.hiroshima-u.ac.jp

・ E-mail添付で送付される方は、選択肢がある箇所は該当するものを残し、それ以外を消してください。
（例）生年月日 　㍻・㍼　年　月　日　→　生年月日 　㍼50年10月16日
健康状態のチェック項目も、該当するもののみ残してください。

・ FAXで送付される方は、登録用紙1枚目のみお送りください。

HP

**☆登録方法**（いずれかの方法を選んでご登録ください）

① 右下のQRコードから登録

② E-mail： healthy-life@hiroshima-u.ac.jp（登録用紙を添付してお送りください）

③ FAX： 082-257-1909

④ 郵送： 〒734-8551
広島市南区霞１－２－３
広島大学病院 未来医療センター 食品臨床研究事務局 宛

ご登録

**☆お問合せ先**

E-mail： healthy-life@hiroshima-u.ac.jp

TEL/FAX： 082-257-1909（平日 AM 9:00〜PM 5:00）