

一般社団健康事業支援機構 治験モニター登録票

<input type="checkbox"/> 私は、健康事業支援機構の規約・プライバシーポリシーを承認し登録いたします			
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		国籍	日本 ・ その他 ( )
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
フリガナ			
住 所	〒 -		
電話番号	( )	携帯番号	( )
e-mail	@	FAX	( )
希望連絡時間帯(平日)	1. いつでも可 2. 午前(10時~12時) 3. 午後(13時~17時) 4. 夜(17時~19時)		
参加を希望する臨床試験 (☑を入れてください)			
<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療器具			
身長 ※小数点第一位まで	体重 ※小数点第二位まで	血圧	視力
cm	kg	/ mmHg	左: 右:
<b>&lt;身体について&gt;</b>			
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: 程度: ) <small>*日常的に下記の症状が有る場合☑し、その症状に丸をしてください(複数回答可)</small> 頭痛・めまい・下痢・便秘・腰痛・不眠・むくみ・手足のしびれ その他( )		
治療中疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <small>*肝疾患・腎疾患・心血管疾患・呼吸器疾患・内分泌障害・代謝障害・臓器障害・糖尿病・癌など</small>		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
医薬品の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
健康食品・サプリメントの摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <small>*特定保健用食品、機能性食品含む</small>		
<b>&lt;日常生活習慣について&gt;</b> <span style="color: red;">試験期間中の生活習慣維持の確認として使用しますので正しくご記入下さい。</span>			
食事習慣	<input type="checkbox"/> 三度の食事(朝昼夜)を規則正しく摂っている <input type="checkbox"/> 朝食は食べない <input type="checkbox"/> 欠食習慣がある	排便回数	週 回
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 週( )回・月( )回、( )を1日に( )ml程度 <input type="checkbox"/> 機会があれば飲む:年( )回( )の時に飲む <input type="checkbox"/> 全く飲まない		
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙する:1日平均( )本 <input type="checkbox"/> 喫煙しない		
運動習慣	<input type="checkbox"/> 定期的にスポーツをしていない <input type="checkbox"/> 定期的にスポーツをしている:週( )回( )時間程度 (運動内容: )		
嗜好飲料摂取習慣 (コーヒー、緑茶、紅茶、ウーロン茶など)	<input type="checkbox"/> 週( )回・月( )回、( )を1日に( )ml程度 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 全く飲まない		
紹介者			

ご登録は右記まで

**FAX 03-5805-0259**

事務局記入欄

登録ID		登録日	西暦 年 月 日