

臨床研究：肩こりの症状を持つ健常人への NKCP の効果検討

被験者背景の確認のチェックリスト

こちらは、臨床研究：肩こりの症状を持つ健常人への NKCP 投与臨床試験の被験者の背景を確認するチェックリストです。下記の質問に対し、正直にお答えください。

被験者管理番号 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 肩への触診で肩のコリ感がハッキリと分かる。

☐ : YES

☐ : NO

2. 肩こりへの疲労感がある

☐ : YES

☐ : NO

3. 肩こりへの痛みがある

☐ : YES

☐ : NO

4. 1~3 でいずれかに YES と答えた方は、その原因と考えられる項目全てにチェックを入れて下さい

☐ : 仕事上のデスクワーク

☐ : 日々のストレス

☐ : 運動不足

☐ : その他

裏面に続きます

5. 現在、何らかの疾患を患い、通院している

☐ : YES

☐ : NO

YES の場合は、下記の項目を記入して下さい

疾患名

--

6. 現在、投薬治療中である

☐ : YES

☐ : NO

YES の場合は、下記の項目を記入して下さい

薬 名

--

7. 現在、定期的に運動を行っている。

☐ : YES

☐ : NO

YES の場合は、下記の項目を記入して下さい

運動の種類

--

 頻度

月	回
週	回
毎	日

8. 現在、マッサージや針治療などを定期的に行っている。

☐ : YES

☐ : NO

YES の場合は、下記の項目を記入して下さい

種類

--

 頻度

月	回
週	回
毎	日

9. 現在、健康食品を摂取している。

☐ : YES

☐ : NO

YES の場合は、下記の項目を記入して下さい

食品名

--

 頻度

月	回
週	回
毎	日

ご協力ありがとうございました。

こちらで得られたデータは本臨床試験にのみ使用され、他の試験へ流用は致しません。