

被験者番号

記入日

年

月

日

問診票

以下の項目について記載して下さい。

1	身長	cm
2	体重	Kg

以下の自覚症状について、5段階で評価して下さい。

1	眼の疲れ	1	2	3	4	5
2	眼のかすみ	1	2	3	4	5
3	頭痛	1	2	3	4	5
4	腰の痛み	1	2	3	4	5
5	手足の冷え	1	2	3	4	5

レ点と詳細内容についてご記載ください。

1 空きボトルの回収	<input type="checkbox"/> 1. 回収 <input type="checkbox"/> 2. 未回収（対応：
2 日誌の回収	<input type="checkbox"/> 1. 回収 <input type="checkbox"/> 2. 未回収（対応：
3 体調の確認	<input type="checkbox"/> 1. 良好 <input type="checkbox"/> 2. 不調（理由・原因については特記事項に記載）
4 薬の服用	<input type="checkbox"/> 1. 飲んでない <input type="checkbox"/> 2. 飲んだ（量： ）
5 他のサプリの服用	<input type="checkbox"/> 1. 飲んでない <input type="checkbox"/> 2. 飲んだ（名称： ）
6 除外基準の再確認	
1) 基礎疾患を有する（薬物治療中である）	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
2) 妊婦及び授乳中の方	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
3) 認知症を患っている方	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
4) 担当医師が試験参加に影響ありと判断する医薬品・食品・サプリメントを常用している方	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
5) 本試験開始時に他の臨床試験に参加している方	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ

被験者意思の確認

☐1. 継続 ☐2. 中止 ☐3. 脱落 ☐4. 同意の撤回 ☐5. その他（内容は特記事項に記載）

医師の可否判定

☐1. 可 ☐2. 否 （理由： ）

受け渡し被験者用ボトルNo.

左記試験食品を受け取りました。

氏名

特記事項