

アレルギー試験モニター募集のお知らせ

■ 調査内容

今回の調査は**郵送のみ**で行います。

開始時に 4 週間分の「試験食品（海藻）40g × 28 日分」を冷凍にてお送りいたします。

◎事前測定（アンケート）を**摂取前に記入**して頂き、**郵送にてご送付**して頂きます。

その日から試験食品（海藻）40g を毎日摂取していただきます。

◎摂取開始～4 週間後に事後測定（アンケート）を記入して頂き、郵送にてご送付して頂きます。今回はアンケート調査での事前測定、事後測定の計 2 回の調査となります。

※ 調査の信憑性を高めるため、ご参加いただく皆様には、成分についての詳細、「プラセボ」か「試験食品」についての結果はお伝えすることができません。また、測定の数値結果につきましては、依頼企業の意向に従って行い、開示できないこともありますので何卒ご了承ください。

■ モニター応募条件

■花粉やハウスダスト、ダニによるアレルギー反応を自覚されている 20～65 歳の男女（対象症状の治療中の方は除く）（30名）

■モニター除外条件に該当しない方

（4 週間以内に他のヒト試験に参加、もしくは本試験の実施期間中に他のヒト試験に参加予定の方、参加条件を満たさない方はご参加いただけませんのでご注意ください）

■試験品を期間中、毎日摂取いただける方

（本試験品は**海藻**です。甲状腺機能に懸念のある方はご遠慮ください）

■指定期日中に確実にアンケート用紙等をご返送いただける方（返送 2 回）

■ 調査日程および測定（全 2 回）

日時（事前測定）2 月下旬～3 月上旬

（事後測定）3 月下旬～4 月上旬

※ 事前測定、事後測定のアンケート用紙は、郵送で送付していただきます

※ 事後測定は **4 週間後**となります。

■ 謝礼

上記 2 回のアンケート記入・送付および計 4 週間の試験食品の摂取にご協力いただきました方には、**3000円を商品券**にてお支払いいたします。

■ 紹介謝礼金

新規のモニター様をご紹介頂き、その方の全ての測定が終了されました場合に限りお一人につき 1,000 円分の商品券をお支払い致します。

■ お申し込み方法・連絡先

モニター応募用紙に**必要事項（1）～（3）**をご記入後、メール（添付ファイル、又は本文に直接記入して）または FAX で、お送りください。

受付締切： 令和5年2月18日(土) FAX・メール必着

近畿大学食品機能学研究室

Eメール：aromalabo.shinrin@gmail.com

TEL：050-3503-2610（試験担当者直通）

FAX：050-6868-4702

<参加条件確認票>

<モニター応募条件> 以下の項目について、チェック☑をいれながらご確認ください。

一般的に健康で BMI*30(kg/m²)未満である

*BMI とは

[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値。肥満や低体重（やせ）の判定に用いる。

試験対象となるアレルギーの様な症状（目鼻のかゆみ、鼻水）があるが、それについて病院で治療を受けていない

甲状腺機能に問題がない

職業が夜勤または昼夜交代制勤務ではない。

現在、疾病の治療や予防のために医療機関等で処置（ホルモン補充療法、薬物療法、運動療法、食事療法など）を受けていない、または治療が必要な状態と判断されていない。

糖代謝、脂質代謝、肝機能、腎機能、心臓、循環器、呼吸器、内分泌系、免疫系、神経系の重篤な疾患、または精神疾患と診断されたことはない。

食品に対してアレルギーの恐れはない。

妊娠中、授乳中でない。また、試験参加中の妊娠を希望していない。

過去4週間以内に他のヒト試験（食品、医薬品、医療機器等を用いた人を対象とする試験）に参加していない、もしくは本試験の実施予定期間中に他のヒト試験に参加する予定はない。

過去4週間以内に、摂取している医薬品や健康食品を変更・開始していない、試験期間中もそれらを控えることができる。

試験サンプルとの重複摂取や飲み合わせによる副作用を避けるため、常時摂取している健康食品や医薬品および食物アレルギーについてお尋ねいたします。下記応募用紙の項目にすべてお答えください。応募用紙を使用せず、メール本文に直接書かれる方も、忘れずに記載をお願いします。事前の確認をご希望の方は、（メール：aromalabo.shinrin@gmail.com， TEL：050-3503-2610， FAX：050-6868-4702）までお問合せください。

送信先 FAX： 050-6868-4702

アレルギー試験【応募用紙】

(1) 応募者情報

ふりがな _____

■ご氏名 _____ () 歳

■生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■身長(cm) _____ ■体重(kg) _____ (必要情報ですので、必ずお書きください)

■ご住所 〒 _____ - _____

■メールアドレス _____ @ _____

■お電話番号 _____ (自宅 ・ 携帯)

■初めてモニターに参加される方は、あなた様をご紹介された方のお名前をご記入下さい。紹介者氏名 _____

(2) 継続的に摂取している健康食品・医薬品及びアレルギー情報

※ない場合は、「なし」とご記入ください。

健康食品名
[_____]

摂取開始時期: およそ [] 年・ [] ヶ月前より

医薬品名
[_____]

服用開始時期: およそ [] 年・ [] ヶ月前より

アレルギー反応が発生する食品名
[_____]