

「香いの抗疲労効果」

に関する試験に参加頂ける方を募集しています

香りが、疲労の改善にどのように影響するかを
調べる試験を実施します。

香りがある状態と香りがない状態で質問紙検査、パソコン課題などをして頂き、
疲労の程度を比較することにより香りの抗疲労効果を検証します。

試験の日程

説明会: 2014年 12月1日(月) 10:00~13:30

説明会で試験参加に同意された方に、各種質問紙検査・パソコン課題等に参加して頂き
その後の試験に進んで頂ける方を選抜させていただきますのでご了承下さい。

試験日: 12月8日(月)、12月15日(月) 両日とも10:00~13:30

試験場所: 大阪市立大学医学部附属病院18階会議室

参加条件(全てにあてはまる方)

- 20歳~65歳の男性 *その他、医師の判断によりご参加いただけない場合もございます。
- 健康な方(脳・神経、精神、視覚・嗅覚に関連する重篤な疾患の既往のない方)
- 花粉症、アレルギー性鼻炎、嗅覚に関連する疾患をお持ちでない方
- 喫煙していない方
- 常用薬を服用していない方
- 6か月以上持続する慢性的な疲労を自覚していない方
- 3ヶ月以内に他の臨床試験に参加していない方
- 全ての日程に参加可能である方
(説明会および2回の試験を含む、計3日間)

★本試験にご参加頂いた方には謝金をお支払させていただきます。

本試験に参加をご希望の方は、裏面の用紙に必要事項を記入の上、
FAXにてお申し込み下さい。折り返しご連絡させていただきます。
(受付は先着順となります)。

連絡先

大阪市立大学大学院医学研究科システム神経科学

TEL: 06-6645-3711 (平日9:00~17:00まで) FAX: 06-6645-3712



「香りの抗疲労効果に関する試験」お申し込み用紙

(注) お申し込みは男性の方に限ります。

FAX 送信先 06-6645-3712

記載 年 月 日

<送信先番号にご注意下さい。また、(*)印の箇所は必ずご記入下さい>

*フリガナ		
*氏名(姓・名)		
*生年月日	西暦 年(昭和 年) 月 日 ()歳	
*住所	府・県 市 (区・町・村 丁目 番地 マンション名/部屋番号)	
連絡先	*TEL: ()-()-()	
	携帯: ()-()-()	
	FAX: ()-()-()	
*メールアドレス (お持ちの方)		
*ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	ご都合のよい時間帯 (曜日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM)

*あなたの過去または現在の病気などについてお聞きします。

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 喫煙をしている。 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 花粉症、アレルギー性鼻炎または嗅覚に関連する疾患がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 現在、治療中の病気がある。 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| * (治療中の方は病名をお書きください) | | | | |
| 常用薬を服用している | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| * (服用されている方は薬の種類:) | | | | |
| これまでに脳・神経、精神、視覚や嗅覚障害、重篤な疾患などの既往がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 6か月以上持続する慢性的な疲労を自覚していない | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3か月以内に他の臨床試験に参加している | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 説明会、2回の試験の全ての日程(計3日間)に参加できる | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| パソコンまたは携帯電話などのメール受信をして内容を確認、返信することができる | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

ご連絡いただいた方のプライバシーは、大阪市立大学医学部医学研究科システム神経科学教室で厳密に管理されます。安心してお申し込み下さい。