

## SUBSTANCE H<sub>2</sub>に関する問診及び血液検査

水素カプセル【SUBSTANCE H<sub>2</sub>】の摂取において、自覚症状改善効果・安全性についての調査を行いますので、ご協力をお願い致します。

(摂取期間：6か月以上)

ご提出頂きました調査票及び血液検査の結果につきましては、学会や科学専門誌などの発表に使用される場合があります。ご記入頂きましたご住所やご氏名等個人を特定するような情報につきましては、公開いたしません。

※本調査への回答は強制ではありません。また、本調査にご協力頂けない場合でも今後の治療に影響することはありません。

### <調査協力 同意確認欄>

上記の内容などについて十分に説明を受け、理解しましたので、自らの意志でこの調査に参加することに同意します。

ご記入日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

(〒 \_\_\_\_\_ )

ご住所： \_\_\_\_\_

ご氏名： \_\_\_\_\_

ご記入頂きました個人情報につきましては、本調査結果の集計のみに使用致します。

# SUBSTANCE H2に関する調査票

(6ヵ月以上摂取)

医療機関名:

患者氏名:

性別: 男 女 年齢: 歳

①身体の症状 ②検査項目の数値についてご記入ください。

各症状に該当する番号を記入 (1. 全くなし 2. ほとんどなし 3. 少しあり 4. あり 5. 重度にあり)

①身体の症状	摂取前(平成 年 月)	摂取後(平成 年 月)	特記事項
目が疲れる			
肩がこる			
息切れ			
倦怠感			
肌の不調			
風邪をひきやすい			
下痢			
便秘			
頭痛			
頻尿			
動作が遅い			

摂取前後の検査数値を記入、分からない場合は不明と記入してください

②検査項目	摂取前(平成 年 月)	摂取後(平成 年 月)	特記事項
赤血球数			
白血球数			
血小板数			
血糖値			
TP			
AST(GOT)			
ALT(GPT)			
BUN			
CRE			
UA			
TG			
HDL-C			
LDL-C			
CK			
CRP			