

KOUKA 治験スケジュール

① 参加前提出内容

責任者(治験者家族)名

治験者との関係(娘の場合:(記載例)3人きょうだい(女・女・男)の第1子等)

住所

連絡先(TEL)

メールアドレス

治験者名(KOUKAを服用する人)

治験者の生年月日・年齢

治験者の住まい環境(例)戸建てに妻と二人暮らし・マンションにて長女と同居・施設入居等

現在の症状

認知症診断 有・無(診断有の場合、診断された病名)

介護認定 要介護度

薬は飲んでますか?(飲んでいる場合、薬剤名)

本人の生活に困難な症状

家族が困っている症状

期待する改善内容

レポート提出を約束する誓約書・匿名でのデータ公式発表(学会発表等)への同意

お名前の公表を希望しますか? 希望する しない

写真等の掲載について OK・NO

服用スタート後に、下記のレポートの提出をお願いしております。

① 1回目:服用後2週間

② 2回目:服用後1か月

③ 3回目:服用後2か月

④ 4回目:服用後3ヶ月

② 服用後2週間

2週間で変化が感じられたか? 有・無

飲み忘れはありましたか? 有・無

KOUKA服用による変化を感じた様子・具体例

その他、自由記載

残り2か月の治験を続けますか? 継続希望・継続中止

継続または中止の理由を教えてください。

継続希望の場合は、次回 KOUKA を送ります。

注意:KOUKA3 ヶ月の服用により、ほぼすべての認知症の方の認知機能改善になんらかの改善がみられます。

飲み忘れが多い場合、適正摂取(一日 10 錠)が困難な場合は、治験を中止する場合がございます。

③ 服用後 1 か月

服用後 1 か月の変化が感じられたか？ 有・無

飲み忘れはありましたか？ 有・無

KOUKA 服用による変化を感じた様子・具体例

その他、自由記載

残り期間の治験を続けますか？ 継続希望・継続中止

理由を教えてください。

継続希望の場合は、次回 KOUKA を送ります。

注意:KOUKA3 ヶ月の服用により、ほぼすべての認知症の方の認知機能改善になんらかの改善がみられます。

飲み忘れが多い場合、適正摂取(一日 10 錠)が困難な場合は、治験を中止する場合がございます。

④ 服用後 2 か月

服用後 2 か月の変化が感じられたか？ 有・無

飲み忘れはありましたか？ 有・無

KOUKA 服用による変化を感じた様子・具体例

その他、自由記載

⑤ 服用後 3 か月

服用後 3 か月で服用以前との変化が感じられたか？ 有・無

飲み忘れはありましたか？ 有・無

KOUKA 服用による変化を感じた様子・具体例

その他、自由記載

今後も、KOUKA による認知機能改善を希望しますか？

希望する しない (理由を教えてください)