



03-4333-0803

(3種4枚全て送信してください)



メディカルミネラル 研究参加申込書 兼 製品購入申込書

事務局 使用欄	参加希望者ユニークID (例: PYYMMDD-NNN)	研究ID (例: THT-YYMMDD-NNN)	適用の可否
		THT-	(適用・除外・逸脱) 除外理由:
対象疾患	病名(部位): 病状(ステージI、II、III、IV) 初発、再発、転移()		
治療後 医師所見			効果測定結果
			CR・PR・SD・PD・NE・NA

記入日 年 月 日 / () 回目 (※変更がなければ日付・署名以外省略可)

参加希望者 氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別
		西暦 年 月 日		男・女
住所	フリガナ (〒 -)			
連絡先	TEL /メール			
患者同意	私は本研究に参加するにあたり、研究内容と製品について十分な説明を受け内容を理解しました。 本研究に参加し製品を購入致します。 (<input type="checkbox"/> Yes ・ <input type="checkbox"/> No)			
担当医師 医療機関	(担当医師氏名)	(担当医療機関名)		
担当医師 連絡先	TEL /メール			
医師連絡欄				
医師同意	私は、上記の患者さんに本研究と製品について十分に説明した上で同意を得ました。 (<input type="checkbox"/> Yes ・ <input type="checkbox"/> No)			

(製品購入申込欄)

申込(し点)	製品名・必要経費など	単価	個数	合計金額
A	1クール(メディカルミネラル70/100)×5本セット	51,840円		円
A	追加購入(メディカルミネラル70/100)1本	12,960円		円
A	送料(沖縄・離島は1,620円、他1,080円)		1	円
商品代金+送料 合計				円
B	研究協力費(初回のみ)	10,800円		円
B	生活習慣改善指導(食事・運動・メンタル)	54,000円		円
B	S式ファスティング(7日間断食療法)キット	64,800円		円
研究協力費 合計				円

振込先

A ジャパンネット銀行(0033) やぎ座支店(811) 普通預金 494082 株式会社健康・医療維新

B 楽天銀行(0036) 第一営業支店(251) 普通預金 7761594 (一社) 日本先進医療臨床研究会

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

同意書

先生

私は、日本先進医療臨床研究会及びその会員医師が行う治療研究「ガン患者もしくは糖尿病患者に対する、80種類以上のミネラルを含有した「メディカルミネラル70/100）」を使用した抗癌剤の副作用の低減及び治療効果の増大に関する多施設共同研究」に関して、十分な理解を得て、認識・確認をした上で、ここに同意を致します。

- 1) 私は、主治医の医療上の指示には必ず従い、現在一般的に承認されている治療法も主治医の指示があれば併用致します。
- 2) 本製品について、事前に開示された資料等の記載内容の如何に関わらず、本製品はあくまでもサプリメント（栄養補助食品）であり、医薬品のような効能・効果については、いかなる保証・約束・表明が法的にも不可能であり、貴殿も同様に何ら保証・約束・表明が出来ないことを十分に理解しており、私の期待する効果があるようですが、効能・効果を発揮しない可能性もあることを理解し、同意しております。
- 3) 本製品は一般に医薬品開発のような、承認された治験手続をまだ経ていないものであり、いかなる副作用が生じるか（副作用が存在するかも含めて）不明であることを理解し、同意しております。
- 4) 本製品を使用することにより、何らかの副作用が生じた場合であっても、それは自己の責任と判断の上で自ら引き受け、貴殿らの責任を問わず、一切何らの異議申立てをいたしません。
- 5) 本製品はサプリメントであり、入手した本人以外への売買・譲渡は致しません。もし万が一、本製品が不要になった場合でも、返品・返金が出来ない事を理解し、同意しております。
- 6) 原材料の欠品や製造上の問題、流通上の問題などで、製品の欠品または提供の遅延などが発生した場合にも、著しい状況での解約返金の申し立てをする以外、一切何らの異議申立てをいたしません。
- 7) 主治医を変更する際は、本製品を使用していることを次の主治医へ確実に引き継ぎ、本製品の使用を継続するか否かについては、次の主治医の指示に従います。
- 8) 本製品の禁忌と考えられているもの（禁忌がある場合）は必ず回避致します。また本製品以外の民間療法（医師が用いる医学上一般に承認されている治療法以外のものを言います。）を利用する場合は、必ず事前に貴殿らに相談し、その指示に従わねばならないことを理解し、同意しております。
- 9) 本製品の使用により貴殿が得られたデータ及び画像を含むイニシャルを含む資料は、論文や学会発表、症例研究など医学と医療の発展のために、個人が特定できないような配慮がなされた上で、貴殿あるいは学会員により公開されることに了解致します。

【付則】

本同意書に記載するほか、関係各社、輸入業者、その他関係者の提示する使用方法、利用規約を精読し、理解・認識・確認・同意した上で遵守いたします。

西暦 年 月 日

本人

(住所)

(氏名)

(印またはサイン)

保証人

(住所)

(氏名)

(印またはサイン)

問診票

※研究IDは申込書と同じ番号をご使用ください。

※個人情報の保護に関しましては、被検者の暗号化、データ管理上のセキュリティなど万全の体制で臨みます。

研究ID			
生年月日	西暦	年	月 日 生まれ
身長	cm	体重	Kg
性別	男 ・ 女		
前回の研究ID			

1. 生活習慣に関する質問事項

<p>●たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> はい【約 本/日】 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前吸っていた【年間】【約 本/日】</p>
<p>●お酒はどのくらい飲みますか。 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に2、3回程度 <input type="checkbox"/> 月に2、3回程度 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 全く飲まない 日本酒: 合 ビール: ミリリットル 焼酎: 合 ワイン: ミリリットル</p>
<p>●食欲はありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない</p>
<p>●野菜や果物を摂っていますか。 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に2、3回程度 <input type="checkbox"/> ほとんど摂らない</p>
<p>●肉料理と魚料理のどちらが多いですか。 <input type="checkbox"/> 肉料理 <input type="checkbox"/> 魚料理 <input type="checkbox"/> どちらも食べない <input type="checkbox"/> 同じくらい</p>
<p>●塩分の摂りすぎに注意していますか。 <input type="checkbox"/> 注意している (1日 g目安) <input type="checkbox"/> 気にはしている <input type="checkbox"/> 気にしていない</p>
<p>●睡眠時間はどのくらいですか。 【時間】 <input type="checkbox"/> よく眠れている <input type="checkbox"/> あまりよく眠れていない</p>
<p>●最近体重の変化がありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【Kg 増・減】 <input type="checkbox"/> 20歳の頃に比べて【Kg 増・減】</p>
<p>●運動していますか。 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング・ジョギング <input type="checkbox"/> スポーツジム・水泳 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他【 【回数: 回/週】 【運動時間: 分/回】</p>
<p>●ストレスをどのように発散していますか。 <input type="checkbox"/> お酒を飲む <input type="checkbox"/> スポーツをする <input type="checkbox"/> 食事をする <input type="checkbox"/> ショッピングをする <input type="checkbox"/> 発散できていない <input type="checkbox"/> ストレスをほとんど感じていないので必要ない <input type="checkbox"/> その他【</p>
<p>●その他、生活習慣で気をつけていることがあればお教えてください。 [</p>

