

FAX

03-4333-0803

FAX

(3種5枚全て送信してください)

パプラール（黒プラチナ）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: TKS-YYMMDD-NNN) | 適用の可否 |
| | | TKS- | (適用・除外・逸脱) 除外理由: |
| 対象疾患 | 病名(部位): 病状(ステージ0、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 | | | | |
| 製品送付先 | 治療研究素材となる申込製品は、下記に送付してください。 (<input type="checkbox"/> 担当医療機関 ・ <input type="checkbox"/> 患者自宅) | | | |

(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 |
|----------|----------------------------------|---------|----|---------|
| | ガン/潰瘍ほか1クール (パプラール×24箱) | 311,040 | | 円 |
| | ピロリ菌除去/腸内細菌叢改善ほか1クール (パプラール×12箱) | 155,520 | | 円 |
| | 肺気腫/間質性肺炎/COPDほか1クール (パプラール×12箱) | 155,520 | | 円 |
| | 抗炎症/抗酸化/食欲増進ほか1クール (パプラール×12箱) | 155,520 | | 円 |
| | 単品購入 (パプラール×1箱) | 12,960 | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| ✓ | 研究協力費 (毎回) | 10,800 | 1 | 10,800円 |
| ✓ | 送料 (沖縄・離島は1,620円、他1,080円) (毎回) | | 1 | 円 |
| 製品購入費 合計 | | | | 円 |

※上記の合計金額を下記振込先にご入金ください。

ジャパンネット銀行 やぎ座支店 (811) 普通 0494040 カ) ケンコウイリョウイシン

【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症例研究に対して「黒プラチナ（パプラー）」（以下「本製品」）を使用した治療・改善・再発予防の効果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ます。また現在一般的に承認されている治療法も主治医との協議の上で、必要があると認められるものについては併用致します。
- 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。また税法上サプリメント購入は治療ではないため医療費として税金控除の対象とはならない事を了承しています。
- 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、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や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、貴殿あるいは本症例研究関係者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)

日本先進医療臨床研究会・問診票

| | | | |
|------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 事務局 使用欄 | 参加希望者ユニークID (例: YYMMDD-000) | 研究参加ID (例: XXX-YYMMDD-000) | 適用の可否 |
| | | | (適用 ・ 除外) (除外理由) |

※治療を開始する前の状態を教えてください。

| | | | | |
|--------------|--|-------------|-----------------------|-----|
| 病名 | (ガンの場合、部位とステージ0/1/2/3/4/5) | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| | | 西暦 年 月 日 | 歳 | 男・女 |
| 身長・体重 BMI | 身長 () cm/体重 () kg この1年間の体重変化は? <input type="checkbox"/> 変わらない / <input type="checkbox"/> () kg増えた / <input type="checkbox"/> () kg減った(痩せた) | | 体温 () 度 平均 () 度位 | |

(病状、治療の経過、手術の有無、使用中の薬・サプリ等、詳しく書いてください。)

| |
|--|
| これまでの治療経過(手術や薬剤投与の有無、治療期間、入院・退院など) 発病時期: _____ 年 _____ 月頃発病 その後の経過: |
| これまでの治療について 【化学療法/分子標的薬】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 治療中・ <input type="checkbox"/> 治療中止(薬剤名= _____ <input type="checkbox"/> 治療開始予定(投与予定日[_____ 年 _____ 月 _____ 日]、薬剤名= _____ 【放射線治療】なし・あり(詳細) 【手術】なし・あり(詳細) 【血管内治療・動脈塞栓術】なし・あり(詳細) 【温熱療法】なし・あり(詳細) 【身体症状・現在困っていること】 【禁忌薬・アレルギー歴】 CTやMRI造影剤に対するアレルギー: なし・あり[薬品名]= _____ 抗がん剤に対するアレルギー: なし・あり[薬品名]= _____ その他薬剤に対するアレルギー: なし・あり[薬品名]= _____ その他に対するアレルギー: なし・あり[アレルゲン]= _____ |
| 現在治療中の病院・診療所・医師名、治療院・施術者名など |
| 現在の病状や予後について、主治医より説明されている内容 |
| 現在使用中の薬・漢方薬・サプリメントや、併用している治療法など |

| |
|---|
| 現在、行っている食事療法・栄養療法などがありますか？ <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている→ <input type="checkbox"/> ゲルソン療法、 <input type="checkbox"/> マクロビオティック、 <input type="checkbox"/> 玄米採食、 <input type="checkbox"/> 糖質制限、 <input type="checkbox"/> 地中海ダイエット、 <input type="checkbox"/> ファスティング <input type="checkbox"/> オーソモレキュラー（分子栄養）療法、 <input type="checkbox"/> メガビタミン&ミネラル（サプリメント）療法、 <input type="checkbox"/> その他（ご記入ください）： |
| 現在、行っている運動療法などがありますか？ <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている→ <input type="checkbox"/> ヨガ、 <input type="checkbox"/> ストレッチ、 <input type="checkbox"/> 筋トレ、 <input type="checkbox"/> 体幹トレーニング、 <input type="checkbox"/> ウォーキング、 <input type="checkbox"/> ジョギング、 <input type="checkbox"/> ピラティス、 <input type="checkbox"/> その他（ご記入ください）： |
| 現在、行っているメンタル療法などがありますか？ <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている→ <input type="checkbox"/> 自律訓練法（シュルツ療法）、 <input type="checkbox"/> サイモントン療法、 <input type="checkbox"/> 催眠療法、 <input type="checkbox"/> 瞑想、 <input type="checkbox"/> マインドフルネス、 <input type="checkbox"/> その他（ご記入ください）： |
| がん・難病など疾病の治療に大変重要とされる以下の項目について、取り組んでいる事はありますか？ 睡眠について、良い眠りが出来るよう取り組んでいますか？ <input type="checkbox"/> 特に取り組んでいない <input type="checkbox"/> 取り組んでいる（内容： |
| 笑いについて 良い笑顔が出来るよう取り組んでいますか？ <input type="checkbox"/> 特に取り組んでいない <input type="checkbox"/> 取り組んでいる（内容： |
| がん・難病など疾病の治療に大変重要とされる「SS=ソーシャルサポート（人的環境）」を家族以外に持っていますか？ 友人・知人・NPO・公的機関などで、感情を和らげてくれる「情緒的SS」は（ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> （ ）人位いる） 友人・知人・NPO・公的機関などで、有用な情報提供をしてくれる「情報のSS」は（ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> （ ）人位いる） 友人・知人・NPO・公的機関などで、具体的に手助けしてくれる「手段的SS」は（ <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> （ ）人位いる） |
| 便秘についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください 毎日ありますか？ <input type="checkbox"/> 毎日ある <input type="checkbox"/> （ ）日に1回くらい 便はいつありますか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 不定期 便の状態は？ <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> ちぎれる <input type="checkbox"/> コロコロ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血が混じる 臭いはどうですか？ <input type="checkbox"/> あまり臭くない <input type="checkbox"/> 臭い <input type="checkbox"/> かなり臭い 便の色は？ <input type="checkbox"/> 黒い <input type="checkbox"/> こげ茶色 <input type="checkbox"/> 茶色 <input type="checkbox"/> 黄土色 <input type="checkbox"/> 黄色っぽい <input type="checkbox"/> 白っぽい |
| 食事についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください 朝食は？（ ）時頃に（ ）等を（ <input type="checkbox"/> いつも・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 稀に）食べる <input type="checkbox"/> 食べない 昼食は？（ ）時頃に（ ）等を（ <input type="checkbox"/> いつも・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 稀に）食べる <input type="checkbox"/> 食べない 間食は？（ ）時頃に（ ）等を（ <input type="checkbox"/> いつも・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 稀に）食べる <input type="checkbox"/> 食べない 夕食は？（ ）時頃に（ ）等を（ <input type="checkbox"/> いつも・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 稀に）食べる <input type="checkbox"/> 食べない 夜食は？（ ）時頃に（ ）等を（ <input type="checkbox"/> いつも・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 稀に）食べる <input type="checkbox"/> 食べない |
| 食事の好みについて あてはまる、または近いものに○をご記入ください 【炭水化物について】 お米をよく食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない パンをよく食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない パスタをよく食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない うどんをよく食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない そばをよく食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない 他の炭水化物（ ） <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない 【野菜について】 野菜をよく食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない 生野菜を食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない 火を通した野菜を食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない 煮込んだ野菜スープを食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない 野菜の多い鍋を食べますか？ <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 毎食・ <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> たまに）食べる <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> ほとんど・ <input type="checkbox"/> 全く）食べない |

