



03-4333-0803

(FAX送信してください)



メタボジェニック研究参加申込書 兼 輸入代行申込書

※申込日/申込回数と患者情報欄にご記入の上、同意書・問診票と共にFAX送信してください。

(患者情報欄) ID: _____ 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / () 回目

Name 送付先氏名 (法人不可)	英語	Birth Date (生年月日)	Age(年齢)	SEX(性別)
	フリガナ 氏名	西暦 年 月 日	歳	Mr・Ms
Address (住所)	(住所フリガナ)			
	(〒 -)			
連絡先	TEL	Mail		
	英語 (〒 -)			
病名	病名(部位):		ガンの場合(ステージ:0/1/2/3/4/5) 初発/再発(転移部位:)	
本日の QOL	・歩き回るのに問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)寝たきり / ・洗面や着替えに問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)出来ない ・仕事や勉強に問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)全く出来ない / ・痛みや不快感は? (1)ない、(2)多少ある、(3)非常にある ・不安や心配・悩みは? (1)ない、(2)多少ある、(3)かなりある / ・最高100点・最低0点で体調を表すと今日は何点? ()点			

【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。

(製品購入申込欄)

申込	製品名・必要経費など	単価	数	合計金額
	(30日分)ガン再発予防(A1/C1) 1日2回A1+C1	27,000円		円
	(30日分)1~2期ガン治療・進行抑制(A3/C2/MC3) 1日3回A2+C1+MC2ml飲用	99,000円		円
	(30日分)3~4期ガン治療(A3/C3/CY3/MC5) 1日3回A2+C2+CY2+MC3ml	192,000円		円
	(30日分)4~5期ガン治療(A3/C3/CY3/MC8) 1日3回A2+C2+CY2+MC5ml	237,000円		円
	(30日分)初期 白血病・リンパ腫治療(A3/C3/BT3) 1日3回A2+C2+BT3g	141,000円		円
	(30日分)進行 白血病・リンパ腫治療(A5/C5/BT5) 1日3回A3+C3+BT5g	235,000円		円
	(30日分)間質性肺炎/感染症(MC5) 1日3回飲用 MC3ml+液体150ml位	75,000円		円
	単品購入 A剤(60c) 基本1日3回食前1h前に飲用 単価15,000円	円		円
	単品購入 C剤(60c) 基本1日3回食後に飲用 単価12,000円	円		円
	単品購入 CY剤(60c) 基本1日3回食後1h後に飲用 単価12,000円	円		円
	単品購入 MC剤(60ml)/【ガン】2~5ml+液体150ml位/1日3回随時(食後などを推奨)	15,000円		円
	単品購入 BT剤(100g)/食後2h/1日3回3~5gを約200mlの水で、随時飲用	20,000円		円
✓	海外送料(Overseas Shipping)	22,000円		22,000円
✓	研究協力費(11,000円)+輸入代行手数料(22,000円)	33,000円		33,000円
合計				円
製品送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 患者宅(※個人輸入の為、医療機関には送付出来ません)			

※製品代と送料は海外から請求になります(海外からメールが届きます)※製品代以外の金額33,000円を、PayPay銀行 ビジネス営業部 普通 2519873 (一社)日本先進医療臨床研究会宛に、ご入金ください。

【アンケート】※回答欄に○または記述してください(複数回答可)

質問	回答
当会をどこで知りましたか?	<input type="checkbox"/> WEB検索で <input type="checkbox"/> HPで <input type="checkbox"/> チラシ/広告で <input type="checkbox"/> 友人知人から <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> その他:
何故この治療を選びましたか?	<input type="checkbox"/> 本や雑誌で情報を得て <input type="checkbox"/> WEBで情報を得て <input type="checkbox"/> 友人知人の紹介 <input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> その他:

【前回までの検査結果など】

検査項目	検査結果	検査結果に対する医師所見
担当医師	(医師氏名)	(医療機関名)
医師所見	効果測定の結果 CR・PR・SD・PD・NE・NA	

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の参加に際して、国内外のサプリメントや未承認医薬品・医療機器など各種治療素材（以下「本素材」）を使用した治療・改善・予防の研究に関して、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) 本素材について、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素材はあくまでもサプリメントや未承認医薬品・医療機器等であり、医薬品や治療機器の様な効能・効果についてはいかなる保証・約束・表明も法的に不可能であり、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、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) 本素材は一般に医薬品開発や医療機器開発の様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) 本素材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) 本素材はあくまでサプリメントや未承認医薬品・医療機器等であり、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、本素材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や未承認医薬品は、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、本素材の欠品または提供の著しい遅延等が発生した場合に、本申込の解約及び返金の申し立てをする以外、一切何らの異議申立てを致しません。
- 7) 主治医を変更する際は、本素材を使用していることを次の主治医に引き継ぎ、本素材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) 本素材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。また本素材以外の民間療法（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) 本素材の使用により貴殿らが得られたデータ及び画像やイニシャルを含む資料等は、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（ご家族） (住所)

(氏名)

(印またはサイン)

メタボジェニック製品の個人輸入概要&重要事項確認書 (2021/11/2 改訂)

本申込の内容をしっかりとご理解頂いた上でご参加頂く為、以下の説明をよくお読み頂いた上で各項目の
 にチェックを入れてください。

メタボジェニック研究 (以下「本研究」) 概要のご説明

- 本研究は海外個人輸入サプリメントを規定の量及び規定の期間 (1クール3か月～4クール12か月) 使用した際の効果測定を行い、その後、約5年間に渡って経過観察を行う症例研究です。
- 本研究は医師と患者個人との同意契約に基づいて行う治療の効果を、担当医師からの症例報告を事務局で集積する観察研究であるため、担当医師よりの申し込みのみ受け付けます。
- 本研究で使用する メタボジェニック製品は、あくまで「個人が健康増進の目的で海外から輸入するサプリメント」 であるため、関税法により1回の輸入量は2か月分までと輸入個数を制限されています。
- 海外から個人輸入するサプリメントは 商用ではなく個人向けのもので、申込者 (個人) の自宅宛に送付されます。会社 (法人) や医療機関には送付できません。 お申込み時のお名前 (名称) にご注意ください。
- 本研究に参加する際の 研究協力費と輸入代行手数料は事務局宛にお振り込みください。
- サプリメント代金は海外よりメールにて請求されます。Paypalまたはクレジットカードにてお支払いください。 支払い確認が取れた段階で海外より発送手配が開始されます。また、輸入に際しては送料、15%の関税、8%の輸入消費税が別途徴収されます。予めご了承ください。
- 本研究でのサプリメント代は、海外企業との取引により 領収書は原則として発行されません。 申込者が支払ったクレジットカード明細などが支払証明になります。
- 本研究は海外サプリメントの購入による症例研究なので、税法上治療行為とはみなされません。その為、医療費控除や高額療養費制度の対象とはなりません。 予めご了承ください。
- 医師&専門家と相談の上、併用治療として、オートファジー活性化療法・16時間断食療法・運動療法・メンタル療法・温熱療法・補助療法等の実施を推奨します。(実施費用別途)

メタボジェニック製品使用上の注意点

A剤は1日3回食前2時間～1時間前、C剤は1日3回食後、CY剤は1日3回食後1時間、MC剤、BT剤は1日3回随時服用です。メタボジェニック製品の使用初期時に稀にだるさ (倦怠感)、頭痛、吐き気などを感じる場合があります。その際は担当医師にご相談ください。

【日本先進医療臨床研究会の推奨】半日断食、寝耳にわさび、加塩糖脂カット、まごわやさしい(まごわくやしい)

当会では、進化医学 (Evolutionary medicine) と分子栄養医学に基づく生活改善法を支持し、ガンや難病に代表される様々な疾患を治癒・改善・再発防止するために、オートファジー活性を高める 「半日断食」、「加塩糖脂カット」、「寝耳にわさび」、「まごわやさしい(ガンの人は=まごわくやしい)」 の生活習慣を推奨します。

「半日断食」 = 例として昼12時から20時までの8時間内や、13時～19時までの6時間内に、1日2食とし、それ以外の時間帯 (16～18時間) は砂糖なしの水・お茶・コーヒーなどのみで一切食事をしない事で、体内浄化や体調回復、タンパク質再生による身体の若返りなどを促す、オートファジー活性を高める生活習慣を推奨します。

寝耳にわさび = 「ね・つ→入浴と厚着で体を冷やさない」、「み・ず→朝500ml、1日2Lの良い水を」、「み・ねらる→ミネラル豊富な食材、液体ミネラルサプリを」、「に・っこう→1日30分の日光浴で血中VDアップ」、「わ・らい→免疫増強・ストレス解消」、「さ・んそ→深呼吸で代謝改善・血流改善」、「び・たみん→野菜・果物・サプリで栄養補給」などを推奨します。

加塩糖脂カット = 体調改善のため「加工食品」「塩分」「糖分」「脂肪分」を出来るだけカットする食生活を推奨します。

まごわやさしい(ガンの人は、まごわくやしい) = 「ま・め」、「ご・ま」、「わ・かめ (海藻類)」、「く・だもの」、「や・さい」、「さ・かな」、「し・いたけ (茸類)」、「い・も (根菜類)」 (※ガン治療では、ガンを増やすメチオニンが豊富な「卵・乳製品・肉・魚・小麦」をカットする事が望ましいので、「さ・かな」→「く・だもの」に変更) を推奨します。

上記、本研究の内容をしっかりと読み、理解した上で申し込み致します。

本人氏名：

捺印またはサイン

保証人 (家族)：

捺印またはサイン

日本先進医療臨床研究会・問診票

医療機関 使用欄	患者氏名（フリガナ）	担当医療機関	担当医師名
	フリガナ		

【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。

※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】

なし ・ 治療中・治療中止(薬剤名=)
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[アレルギー]=

当会の「治療・症例研究」以外に、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

便通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？	・毎日 () 回くらいある ・ () 日に1回くらい
臭いはどうですか？	・あまり臭くない ・臭い ・かなり臭い
便の色は？	・黒い ・こげ茶色 ・茶色 ・黄土色 ・黄色っぽい ・白っぽい
現在行っている食事法などがあればご記入ください。あてはまる、または近いものに○をしてください	
・ない ・ある (脂質制限 / 糖質制限 / 地中海食 / 玄米菜食 / ゲルソン療法 / 断食療法 / マクロビオティック) (その他:)	
食事の時間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 (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない	
昼食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない	
夕食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない	
間食・夜食は？ () 時頃に () 等を (・いつも ・時々 ・稀に) 食べる ・食べない	
食事の内容についてご記入ください。あてはまる、または近いものに○をご記入ください	
お米 (白米・玄米など) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
パン (食パン・菓子パン等) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
小麦粉 (パスタ・うどん等) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
野菜を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
お肉 (牛・豚・羊・鶏など) を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
お魚を食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
卵や卵料理をよく食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない	
加工食品や甘いものを食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 食べない	
牛乳や乳製品をよく食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 食べない	
自宅で使用している油は何ですか？ あてはまる、または近いものに○をご記入ください	
・バター/ラードなど動物性不飽和脂肪酸 ・ココナツ油/パーム油など植物性不飽和脂肪酸 ・オリーブ油/菜種油/ごめ油などオメガ9系一価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・コーン油/ひまわり油/紅花油などオメガ6系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・亜麻仁油/シソ油などオメガ3系の多価不飽和脂肪酸 (の比率が高い油) ・その他 ()	
運動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	
有酸素運動をしますか？	・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない
筋トレはしますか？	・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない
散歩等の軽い運動は？	・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない
その他の運動は？	・毎日 () 回位する ・ () 日に1回位する ・しない
喫煙についてお聞きします。() の中にご記入または○をしてください	
現在たばこを吸いますか？	・1日 () 本位吸います ・吸っていません
過去の喫煙歴は？	・なし ・ () 年前まで1日 () 本位を () 年間位吸っていました
飲酒について あてはまる、または近いものに○をしてください	
アルコールは飲みますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 飲まない	
飲む場合、1回にどの位飲みますか？ (・一升以上 ・5合位 ・2合位 ・ほんの少し) 飲む	
睡眠についてご記入ください	
平均睡眠時間 () 時間くらい () 時頃に寝て () 時頃に起きます	
睡眠の質は良好ですか？	・良好 ・普通 ・不良
睡眠薬や安定剤を服用していますか？	・毎日 ・週に () 回位 ・たまに ・使わない
睡眠不足の日はありますか？	・ある 月に () 日位 ・ありません
ストレスについて あてはまる、または近いものに○をしてください	
仕事や人間関係でストレスがありますか？	・強いストレスがある ・少しある ・ほとんどない ・ない
ゆううつな気分になる事がありますか？	・いつも ・ときどき ・たまに ・めったにない ・ない
親族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。	
親兄弟・親族に心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病の方は何人位いますか？	・いる () 人位 ・いない
親兄弟・親族にがんで亡くなった方は何人位いますか？	・いる () 人位 ・いない
※その他・特記事項：その他、連絡したい事項があれば、下記欄外にご記入ください。	

病名()に対する効果測定調査の為に協力ください。

記載日 年 月 日

患者イニシャル() 性別:(男・女) 年齢:()歳

具合の悪い箇所へ○をつけて下さい

【治療前】基礎情報の記入をお願いいたします。

1)どの様な症状・副作用等でお困りですか？診断名があれば教えてください

2)いつ頃からですか？

3)原因となるきっかけがあれば教えてください

4)症状等があれば教えてください(あてはまる項目全てに○印をつけてください)

0:頭痛 1:腹痛 2:体痛 3:かゆみ 4:吐き気 5:食欲不振 6:発熱 7:下痢・便秘 8:呼吸苦 9:めまい
10:その他()

5)症状等はどんなとき・どんな状態のときに発生しますか？(例:立ち上がる時、朝起き上がる時 など)

0:何もしなくても 1:患部を押した時 2:力んだ時 3:移動中 4:休んでいる時 5:立ち仕事の時
6:座り仕事の時 7:同じ姿勢・不自然な姿勢を続けた時 8:寒冷な場所で 9:暑い場所で
10:その他()

6)これまで受けたことがある治療法(現在・過去)を教えてください(複数回答可)

0:何もしていない 1:家庭療法(例:湿布、塗り薬等) 2:病院・診療所での治療 3:鍼灸院 4:接骨院・柔整
5:マッサージ 6:漢方薬 7:サプリメント 8:食事療法・栄養療法 9:メンタル療法・精神療法・瞑想など
10:その他()

7)6)でいずれかの治療法を受けたことがある方、効果はどうでしたか？

0:()全然、よくなる 1:()少しよくなった 2:()かなりよくなった 3:()劇的に改善した

8)6)で「家庭療法」と答えた方、現在・過去で使用した商品又は商品名を教えてください。

【治療後】治療素材()の治療後にご記入ください

1)今まで受けていた治療と比べて、効果はどうでしたか？(あてはまる項目に○印をつけてください)

0:()悪化した 1:()他の治療法とあまり変わらない 2:()少しよくなった
3:()かなりよくなった 4:()劇的に改善した

2)治療開始後、どのくらいの期間でどのような効果が現れましたか？(具体的にご記入ください)

3)症状以外に気づかれた体調の変化などはありますか？

4)治療している間、違和感などはありましたか？

0:()かなりある 1:()ある 2:()少しある 3:()ない

5)4)で「かなりある・ある・少しある」と答えた方、どのような違和感でしたか？具体的に教えてください

6)最後に、何かご希望、改善してほしい点などがあれば、ご記入ください

