

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 (2021/6/9 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、VF剤は1日3回食前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

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

