



03-4333-0803

(4種5枚全て送信してください)



NMNリエイジア 研究参加申込書 兼 素材購入申込書

※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)		申込日		年	月	日/()回目
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					
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	<ul style="list-style-type: none"> 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	数量	合計金額
	糖尿病・抗老化(NMN600mg×30日分) サーチュインブスター90C	49,680円		円
	糖尿病・抗老化(NMN200mg×30日分) サーチュインブスター30C	17,280円		円
	糖尿病・抗老化(NMN200mg+フェルラ酸150mg+リボソームVC230mg×10~30日分) ロイヤルヘルス90C	29,160円		円
				円
✓	送料(沖縄・離島は2,200円、他1,100円)	円	1	円
✓	研究協力費(初回税込11,000円/2回目以降税込3,300円)	円	1	円
製品購入費 合計				円

合計金額を PayPay 銀行 ビジネス営業部 普通 2519873 日本先進医療臨床研究会宛までご入金ください。

【前回の検査結果など】

リンパ球分画 (CTL/Treg比)	CTL()/T-Reg()/Type(型)	研究会推奨値 CTL>T-Reg(1型)
リンパ球分画 (nT/mT比)	ナイーブT()/メモリーT()	研究会推奨値 nT>mT, 0.7以上
リンパ球分画 (FoxP3+T細胞)		研究会推奨値 5~10%
CTC(微小流路デバイス法)	Type1()/Meta()/Type2()	研究会推奨値 0/0/0
IGF-1 (ソマトメジンC) 218点		研究会推奨値 100ng/ml以下
血清25(OH)D (=血中VD) 117点		研究会推奨値 60~100ng/ml
抹消血液一般検査 21点	血小板 /MCV	研究会推奨値 PL比1.5以下/MCV100
血液像・白血球分画 15点	好中球: /リンパ球	研究会推奨値 L2k以上/NL比1.5以下
脂肪酸4分画 (Ω3/6比) 417点	EPA()/アラキドン酸()	研究会推奨値 比0.5~1.0
フェリチン(鉄タンパク) 108点		研究会推奨値 100~200ng/ml
HDLコレステロール 17点		研究会推奨値 77mg/dL以上
AST/ALT 各17点		研究会推奨値 比1.5~1.0
BUN(尿素窒素=蛋白質) 11点		研究会推奨値 15~20mg/dl
HbA1C(糖化ヘモグロビン) 49点		研究会推奨値 4.8~5.4%
アミノ酸分析(メチオニン値) 179点	Met :	研究会推奨値 20nmol/mL以下
骨粗鬆症DPD検査		研究会推奨値: 未定

担当医師	(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)

日本先進医療臨床研究会 症例研究概要&重要事項確認書

(2021/4/5 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。

日本先進医療臨床研究会 症例研究（以下「本研究」）概要のご説明

- 本研究は治療素材（未承認医薬品・未承認医療機器・サプリメント・食品等）を規定の量・規定の期間（1クール3か月～4クール12か月）使用した際の治療効果測定を行い、その後、約5年間に渡って経過観察を行う症例研究です。研究実施に当たっては担当医師・担当看護師・事務局スタッフ等の人件費、及び事務所経費・通信費など事務局経費が掛かる為、参加者には研究協力費の拠出をお願いしています。
- 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。
- 本研究で使用する治療素材は「未承認または健康増進目的のサプリメントまたは食品等」であるため健康保険は使用できず、全額自己負担の自由診療となります。
- 在宅治療に伴い個人宅に送付する治療素材は、素材メーカーや保管倉庫より送付されるため送料が別途掛かります。ご配送による配送ミスなどが無い様、送付先のお名前（名称）・住所・連絡先のご記入にご注意ください。
- 本研究に参加する際の研究協力費と送料・治療素材代金は事務局にお振り込みください。
- 本研究で、サプリメント・食品等の購入による症例研究に関しては、税法上医療機関による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。
- 毎月推奨の各種検査+腫瘍マーカー検査+画像検査などを推奨します。（検査費用別途）
- 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）
- 治療素材は安全性が考慮されていますが、使用中、だるさ（倦怠感）・頭痛・吐き気・発熱・発疹・どうき・息切れ・めまいなど軽微な副作用や、場合によっては軽微を超える副作用が出る場合があります。その際は早急に担当医師にご相談ください。

上記内容をしっかりと読み、理解しましたので、本研究に申し込み致します。

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



事務局 使用欄	参加者ID (例: YYYYYMMDD-NNN)	担当医療機関のカルテ番号	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[アレルギー]= _____
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 玄米や全粒粉パンなどを食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない 白米や白いパンなどを食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない 野菜をたくさん食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない お肉をたくさん食べますか？ (・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 加工食品や甘いものを食べますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 食べる (・ほとんど ・全く) 食べない シュースや炭酸飲料をよく飲みますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 飲まない お茶やコーヒーをよく飲みますか？ (・毎食 ・毎日 ・たまに) 飲む (・ほとんど ・全く) 飲まない	
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	

【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。