

FAX

03-4333-0803

(5種5枚全て送信してください)

FAX

経ロメチオニン分解酵素 研究参加申込書

※下記ご記入の上、同意書・重要事項確認書・アンケート・検査結果等と共にFAXしてください。

※研究参加に当たり研究協力費11,000円を、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にご入金ください。

(患者情報欄) ID: 申込日 年 月 日 / () 回目

Name 送付先氏名 (法人名 不可)	英語 フリガナ 氏名	Birth Date (生年月日) 西暦 年 月 日	Age(年齢) 歳	SEX(性別) Mr・Ms
Address (住 所)	(住所フリガナ)			
	(〒 -)			
	英語 (〒 -)			
連絡先	TEL	Mail		
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。

【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:

(治療素材候補)

	製品名・用法容量・費用概算・特記事項など
	経ロメチオニン代謝酵素(凍結バイアル×60B) 一般飲用目安1日2Bで30日分/税込240,000円
	【無償テスト】経ロメチオニン分解酵素剤(1cc×60本)1日2回食前/素材1か月分無償提供+送料ほか~
	経ロメチオニン分解酵素剤(1cc×60本)1日2回食前/240,000円+送料ほか~
✓	国際送料(22,000円)+輸入代行手数料(11,000円)

※個人輸入の代金・送料・手数料等は輸入代行会社より請求となります。詳しくは輸入代行会社にお問い合わせください。

【直近の病状・検査結果など】

直近の病状・検査結果など	担当医の所見
(担当医療機関/担当医師名)	(連絡先)



7917 OSTROW STREET, SAN DIEGO, CALIFORNIA 92111-3604
TELEPHONE 858-654-2555
FACSIMILE 858-268-4175

E-MAIL: all@anticancer.com
www.anticancer.com

同意書/Consent Form

AntiCancer Inc., AntiCancer Japan 株式会社御中

- The undersigned understands they are taking oral methioninase as a supplement.
- The undersigned releases and holds harmless AntiCancer Japan Inc. and AntiCancer Inc., Chihiro Hozumi and Robert M Hoffman from any and all liability from taking oral methioninase.
- 署名者は、経口メチオニナーゼをサプリメントとして摂取していることを理解しています。
- 署名者は、AntiCancer Japan Inc.、AntiCancer Inc.、穂積千尋、ロバート M ホフマンを経口メチオニナーゼの服用による一切の責任を問わず、一切何らかの異議申し立てをいたしません。

西暦 年 月 日

本人署名 (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・会員医師)

先生 御中

私は、私の病気の治療・改善・再発防止を目的とした未承認治療素材（以下「本素材」）による治療と治療結果の集積による症例研究に関して、十分な理解を得た上で、ここに同意を致します。

- 1) 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。
- 2) 本素材は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。
- 3) 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。
- 4) 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、税法上サプリメントや未承認医薬品の購入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。
- 5) 本素材の禁忌と考えられているもの（禁忌がある場合）は必ず回避します。また他の民間療法（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。
- 6) 本素材の使用により貴殿らが得られた治療効果についてのデータや画像、イニシャルを含む資料等は論文や学会発表、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)**【同意撤回書】**

私は、上記の同意に関して、撤回致します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 (住所)

(氏名) (印またはサイン)

経口メチオニン分解酵素の個人輸入概要&重要事項確認書 (2021/6/9)

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、下記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。

経口メチオニン分解酵素研究 (以下「本研究」) 概要のご説明

- 本研究は海外個人輸入による「経口メチオニン分解酵素(以下、本サプリメント)」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。
- 本サプリメントは、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1～2か月分までと輸入個数を制限されています。
- 本サプリメントは、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。
- 本研究に関わる代金は海外メーカーの日本法人子会社にご入金ください。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、輸入に際しては輸送品価格の60%に対して関税・輸入消費税等が別途徴収されます。
- 本研究でのサプリメント代は日本法人子会社経由での海外企業との取引により領収書は原則発行されません。(日本法人子会社での輸入代行業務と研究協力費の合計 33,000 円の領収書は発行可能です)申込者が支払った振込明細などが支払証明となります。
- 本研究はサプリメント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、各種検査、併用治療としてオートファジー活性療法(16時間断食)・運動療法・メンタル療法・温熱療法・補助療法などの実施を推奨します。(実施費用別途)

【経口メチオニン代謝酵素治療を実施時の注意事項】

経口メチオニン分解酵素は冷蔵庫で冷凍保管してください。毎日2本バイアルを取り出し、1日2回の食事の直後に飲用してください。ガン治療中の食事は血中メチオニン濃度を下げるため、出来るだけメチオニン含有量の多い卵・牛乳・肉・魚・小麦を避け、少量にしてください。(小麦を摂る場合は出来るだけ全粒粉を選んでください。)

【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(まごわくやさしい)**

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=まごわくやさしい)」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、まごわくやさしい)＝「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

