日本抗加齢医学会認定医療施設

2018年申請書一式



|  |  |
| --- | --- |
| 日本抗加齢医学会認定医療施設申請　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式１） | |
| 日本抗加齢医学会  専門医・指導士認定委員会委員長　齋藤　英胤　殿 | |
| 以下のとおり、日本抗加齢医学会認定医療施設に認定を希望し申請いたします。 | |
|  | 申請日　　2018年　　　　　月　　　　日 |
|  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 医療施設名 |  | | | 代表者名 | ㊞ | | | 医療施設  管理者名 |  | | | 医療施設所轄  保健所または  保健センター名 |  | | | 申　請　施　設住所 | 〒 | | |  | | | 申請者名 |  | | | 認定番号 | （認定予定の場合は受験番号） | | | 連絡先電話番号 | ( ) | | | 連絡先FAX番号 | ( ) | | | e-mail | @ | | | 施設URL |  | | | 施設の禁煙の取り組みについて | 該当する内容に☑を付けてください。  □　1.敷地内全面禁煙  □　2.建物内禁煙  □　3.建物内分煙　喫煙場所を指定している  □　4.その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 上記申請内容および申請書一式に記入、貼付する内容は事実に相違ありません。 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | 署名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 医療施設常勤日本抗加齢医学会専門医名  ※常勤者は学会の登録情報が所属施設になっていることとします。 | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 認定番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 認定番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 認定番号： | |
| ＊本年認定試験に合格され、認定予定の場合は受験番号を記載してください。 | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 受験番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 受験番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 受験番号： | |
|  | |
| 医療施設常勤日本抗加齢医学会指導士名  ※常勤者は学会の登録情報が所属施設になっていることとします。 | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 認定番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　認定番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　認定番号： | |
| ＊本年認定試験に合格され、認定予定の場合は受験番号を記載してください。 | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 受験番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 受験番号： | |
| 氏名： 　　　　 　 　　　 　 受験番号： | |

|  |
| --- |
| 学会活動歴（記述式）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式２） |

日本抗加齢医学会において総会での講演・演題発表、学会講習会、専門分科会で講演等の実績を記載してください。

　地域貢献活動歴（記述式）

　地域での抗加齢医療（アンチエイジング医療）として貢献している活動（地域住民への公開講座、セミナー、説明会の実施）として取り組んでいることを記載してください。

|  |
| --- |
| 施設における抗加齢医療の具体的な取り組みについて（記述式）　　　　　　　　（様式３） |

貴施設で抗加齢医療（アンチエイジング医療）として具体的に取り組んでいることを800字程度(1頁)に記載してください。

|  |
| --- |
| 施設の抗加齢医学の取り組みについて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(様式 ４) |
| ＊貴施設の取り組みについてお伺いいたします。該当枠に☑チェックマークを付けていただくか、記述してお答ください。  （１）抗加齢ドック（アンチエイジングドック）など、老化度評価・判定を実施していますか。 |
| □　１．実施している　　　　□　２．実施していない |
| ・いつから実施していますか。　　（　　　　　　　　年　　　　　　　月）  　　　　　・平均月に何例を診療していますか。　　（　　　　　　　　　　　　例）  ・検査項目を記載してください。  　　　　項目　　　　　　　具体的内容、機器・メーカー名など   * 骨機能・年齢　　（ * 血管機能・年齢　（ * 筋肉機能・年齢　（ * 神経機能・年齢 ( * ホルモン年齢　 ( * 酸化ストレス度・抗酸化力評価　(   　　　　　　　 □ 免疫度評価 (  　　　　　　　 □　脳機能評価　 （  　　　　　　　 □　毛髪検査　　　（  　　　　　　　□　遅延型アレルギー検査　（  　　　　　　　□　遺伝子検査　　　（  　　　　　　その他  □　　　　　　　　　（  　　　　　　　□　　　　　　　　　（ |
|  |
|  |
| （２）・データ管理システム利用メーカー名をお教えください  （３）抗加齢診療として実施している治療メニューはありますか  　　　栄養療法・ホルモン補充療法・点滴による療法　など    （３）サプリメントは使用されていますか  　　　種類、サプリメントメーカ名をお教えください |
| （４）抗加齢ＱＯＬ共通問診票を使用していますか？ |
| □　１．使用している　　　　□　２．使用していない 　□３．問診票は利用していない  　　１．使用しているを選択の場合、症例報告に添った問診票３例を提出してください。  ２. 使用していないを選択の場合、利用している問診票で症例報告に添った３例を提出してください。  （個人が特定できる情報の記載部分は削除して提出してください。）  ３．問診票は利用していない場合は、理由を記載してください。  （５）貴院のホームページ（ウエッブサイト）のコピーを添付してください。  　　　１０ページ以上になる場合は内容を選んで提出してください。 |
| 症例報告書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （様式５） |
| 3例以上の報告が必要となりますので、3例以上の場合、この症例報告書を必要追加部数コピー頂き症例報告No.をご記入の上、添付をしてください。 |
| 記入日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| （抗加齢医学）症 例 報 告No. |
| 施　　設　　名： |
| 記　載　者　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　専門医認定番号： |
| 初　診　日：　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 受診者生年月日　　年　　　　　　月　　　　　　日生　（　　　歳）　性別：男　　・　女 |
| 加齢・老化に関する抗加齢医学的なプロブレムリストと抗加齢医学的考察 |
| 【主訴】 |
| 【既往症・病歴】 |
| 【家族歴】 |
| 【生活歴・仕事歴】 |
| 【食事の習慣】 |
| 【サプリメント摂取】 |
| 【運動習慣】 |
| 【メンタルケア習慣】 |

|  |
| --- |
| 老化度評価 |
| 【骨の老化度評価】 |
| 【血管の老化度評価】 |
| 【筋肉の老化度評価】 |
| 【ホルモンの老化度評価】 |
| 【免疫の老化度評価】 |
| 【酸化ストレス度評価】 |
| 【脳機能の老化度評価】 |
| 【メンタルの老化度評価】 |
| 【その他】 |
| 抗加齢医学的治療および指導 |
| 【具体的な生活習慣改善法・指導】 |
| 【具体的な食事・栄養療法・指導】 |
| 【具体的なサプリメント処方（種類、量、服用時等】 |
| 【具体的な運動療法・指導】 |
| 【具体的なメンタル療法・指導】 |
| 【その他】 |

　老化度客観的評価値

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **検査データ推移**(評価可能となるよう実績のあるデータは全てご記入ください。) | | | | | | | | | | | | | | 記入例 | | | | | | | |
| 検査項目 | 単位 | 指導前 | 指導後1 | | 指導後2 | |  | | 指導前 | | | | | | 指導後1 | | | | 指導後2 | | |
| 日付 |  |  |  | |  | |  | | 2010/2/3 | | | | | | 2011/1/9 | | | | 2012/3/1 | | |
| 身長 | (cm) |  |  | |  | |  | | 156 | | | | | | 155.7 | | | | 155.5 | | |
| 体重 | (kg) |  |  | |  | |  | | 53.2 | | | | | | 52.4 | | | | 52 | | |
| 体脂肪量 | （Kg） |  |  | |  | |  | | 12.1 | | | | | | 12.0 | | | | 11.9 | | |
| 骨格筋量 | （Kg） |  |  | |  | |  | | 18.2 | | | | | | 19.01 | | | | 19.10 | | |
| BMI |  |  |  | |  | |  | | 21.9 | | | | | | 21.6 | | | | 21.5 | | |
| 臍囲又臍囲脂肪率 | (cm/％) |  |  | |  | |  | | 72 | | | | | | 71.5 | | | | 69 | | |
| 血圧 | (mmHg) |  |  | |  | |  | | 128/78 | | | | | | 122/72 | | | | 118/64 | | |
| (骨指標　骨年齢　DEXA・超音波) | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| 骨密度・腰椎 | (g/cm2) |  |  | |  | |  | | 0.788 | | | | | | 0.796 | | | | 0.801 | | |
| 骨年齢・評価 | (歳) |  |  | |  | |  | | 67.5 | | | | | | 66.4 | | | | 65.7 | | |
| (動脈硬化指標　血管年齢) | | |  | |  | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| （PWV/CAVI）左　　右 |  |  |  | |  | |  | | 1400 | | | | | | 1350 | | | | 1320 | | |
| 血管年齢・評価 | (歳) |  |  | |  | |  | | 63.4 | | | | | | 59.6 | | | | 57.2 | | |
| （筋量、筋肉年齢） | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | | |
| 握力　左/右 | (kg) |  |  | |  | |  | 15/19 | | | | | | | 18/20 | | | | | 19/20 | |
| 筋肉量 | (Kg) |  |  | |  | |  | 39.2 | | | | | | | 40 | | | | | 42 | |
| 筋年齢・評価 | 歳/レベル） |  |  | |  | |  | 68.0 | | | | | | | 62.3 | | | | | 60.0 | |
| (ホルモン) |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |
| IGF-I | （ng/ml） |  |  | |  | |  | | | | 120 | | | | 153 | | | | 110 | | |
| DHEA-s | （ng/ml） |  |  | |  | | 654 | | | | 1500 | | | | 1260 | | |
| ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ | （pg/ml） |  |  | |  | |  | | | | 26.8 | | | | 18 | | | | 14 | | |
| 総･遊離ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ | （pg/ml） |  |  | |  | |  | | | | 23.5 | | | | 41 | | | | 24 | | |
| コルチゾル | （μg/dl） |  |  | |  | |  | | | | 13.2 | | | | 16 | | | | 9.9 | | |
| インスリン | （μg/dl） |  |  | |  | |  | | | | 11.1 | | | | 5.1 | | | | 6.7 | | |
| ﾎﾙﾓﾝ年齢・評価 | （歳） |  |  | |  | |  | | | | 65.5 | | | | 46.2 | | | | 56.5 | | |
| （糖代謝） | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 血糖値 | （mg/dl） |  |  | |  | |  | | | | | 109 | | | 104 | | | | 102 | | |
| HbA1c | （%） |  |  | |  | |  | | | | | 5.3 | | | 5.1 | | | | 5 | | |
| （脂質代謝） | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
| LDL | （mg/dl） |  |  | |  | |  | | | | | 121 | | | 122 | | | | 124 | | |
| HDL | （mg/dl） |  |  | |  | |  | | | | | 56 | | | 57 | | | | 59 | | |
| （肝機能） | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |
| ALT | （U/l） |  |  | |  | |  | | | | | 23 | | | 29 | | | | 25 | | |
| AST | （U/l） |  |  | |  | | 26 | | | 30 | | | | 27 | | |
| γGTP | （U/l） |  |  | |  | |  | | | | | 45 | | | 57 | | | | 59 | | |

上記に記載枠がない検査結果の提出いついては、自由書式で提出してください。