日本抗加齢医学会認定医療施設

2019年更新申請書一式



|  |  |
| --- | --- |
| 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　新村　健　殿 | |
| 以下のとおり、日本抗加齢医学会認定医療施設の更新を申請いたします。 | |
|  | 申請日　　2019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 |  | | | 施設認定番号 | ） | | | 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。

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | 施設における抗加齢医療の具体的な取り組み・課題について（記述式）　　　　（様式４） | |
| 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。  課題などあればお聞かせください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式　３） |

|  |
| --- |
| 施設の抗加齢医学の取り組みについて　　　　　　　　　　　　　　　　　　(様式 ５) |
| ＊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 |
| １．の実施しているを選択の場合ご記入ください。  　　　　　・認定期間中（３年間）何例を実施していますか。  　　（　　　　　　　年　　　　例）（　　　　　　　年　　　　例）（　　　　　　　年　　　　例）  　　　　　・受診のリピートについて  　　　　　　リピート率（　　　　％　）　受診の間隔で最も多いのは（　　　　）ヶ月　・　年  　　　　　・現在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　　　　　　　評価使用機器・メーカー名   * 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　 （  　　　その他　 □  ・データ管理システム利用メーカー名    　　　　　・利用サプリメントメーカー名 |
| （２）(1)以外に抗加齢（アンチエイジング）診療として実施しているメニューはありますか。 |
| □　１．実施している　　　　□　２．実施していない  （１）の実施しているの場合、診療メニューを具体的に記載してください。  　　　　　　　（例）　・遺伝子検査　・毛髪検査　・ホルモン補充療法・点滴による療法 |
| （３）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、問診票10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10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。 |