

# 日本抗加齡医学会認定医療施設 2009 年申請用

申請書一式



JAAM

日本抗加齡医学会  
Japanese Society of Anti-Aging Medicine

日本抗加齢医学会

専門医・指導士認定委員会委員長 木下 茂 殿

日本抗加齢医学会認定医療施設として認定を希望いたしますので、専門医・指導士認定委員会規則付則に添って申請をいたします。

申請日 2009 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 - m a i l	@
施設 URL	
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と相違ありません。	
年 月 日	署名 _____ Ⓜ

医療施設常勤日本抗加齢医学会専門医名

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_ 認定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_ 認定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_ 認定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

\* 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： \_\_\_\_\_ 認定予定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 受験番号： \_\_\_\_\_ 認定予定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 受験番号： \_\_\_\_\_ 認定予定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療施設常勤日本抗加齢医学会指導士名

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_ 認定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_ 認定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 認定番号： \_\_\_\_\_ 認定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

\* 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： \_\_\_\_\_ 認定予定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 受験番号： \_\_\_\_\_ 認定予定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 受験番号： \_\_\_\_\_ 認定予定年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

\* 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、記述してお答えください。

(1) 抗加齢(アンチエイジング)外来診療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、以下お答えください。

いつから実施していますか。                      年                      月

検査項目を記載してください。

(2) 抗加齢(アンチエイジング)ドック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、以下お答えください。

いつから実施していますか。                      年                      月

検査項目を記載してください。

データ管理はどこのメーカーのシステムを使用していますか。

(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

(4) 使用検査機器メーカー・機種名を記載してください。

体組成計・筋量計:

血管機能(動脈硬化)の評価機器:

神経機能の評価機器:

骨機能(骨密度)の評価機器:

(5) 貴施設の禁煙体制についてお伺いします。

1. 敷地内全禁煙     2. 館内全禁煙     3. 館内一部禁煙 または 一部喫煙  
 4. 禁煙とはしていない     5. その他(                      )

(6) (1)～(3)で 2の…ないをご選択し、(4)の使用機器がない場合、貴施設ではどのように抗加齢(アンチエイジング)医学取り入れ実践していますか。

10例以上の報告が必要となりますので、この(様式3)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

症例報告No.\_\_\_\_  
(抗加齢医学)

施設名: \_\_\_\_\_

記載者名: \_\_\_\_\_

専門医認定番号: \_\_\_\_\_

患者様データ

ID(またはカルテ番号): \_\_\_\_\_ 性別: 男・女

初診日: \_\_\_\_\_年 月 日

生年月日: \_\_\_\_\_年 月 日生 ( 歳)

抗加齢医学的なプロブレムリスト

【主 訴】

【既往症】

【家族歴】

【生活歴】

【現病歴】

【主な現症状、検査所見、臨床経過における抗加齢医学的考察】

## 抗加齢医学的評価

### 【機能的評価】

(骨、血管、筋肉、ホルモン、メンタル、酸化ストレス度など)

### 【生活習慣評価】

### 【食事・栄養評価】

### 【運動評価】

### 【その他】

**抗加齢医学的治療および指導**

**【生活習慣改善指導】**

**【食事・栄養指導】**

**【サプリメント処方・指導】**

**【運動指導】**

**【メンタル指導】**

**【その他】**

## 検査データ推移

(検査実績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	指導後 3
日付					
身長	(cm)				
体重	(kg)				
体脂肪	(%)				
血圧	(mmHg)				

指導前	指導後 1	指導後 2
Feb.03	Sep.04	Nov.05
157	155.7	155.5
53.2	52.4	52
21.6	22.1	23.2
133/88	142/90	136/86

### 骨指標

(DEHA・超音波)

骨密度	(g/cm <sup>2</sup> )				
骨年齢	(歳)				

0.788	0.796	0.801
80	80	80

### 動脈硬化指標

(血管年齢)

PMV					
指尖加速度脈波	(歳)				

1400	1350	1320
63	63	55

(ホルモン検査)

IGF-I	(ng/ml)				
DHEA-s	(ng/ml)				
エストジオール	(pg/ml)				
フリーテストステロン	(pg/ml)				
コルチゾル	(μg/dl)				
インスリン	(μg/dl)				

120	153	110
654	1500	1260
26.8	18	14
23.5	41	24
13.2	16	9.9
11.1	5.1	6.7

(糖代謝)

血糖	(mg/dl)				
HbA1c	(%)				

109	104	102
5.3	5.1	5

(脂質代謝)

TC	(mg/dl)				
LDL	(mg/dl)				
HDL	(mg/dl)				
TG	(mg/dl)				

211	209	206
121	122	124
56	57	59
148	123	130

(肝機能)

ALT	(U/l)				
AST	(U/l)				
γ GTP	(U/l)				

23	29	25
26	30	27
45	57	59

(その他)

ホモシステイン	(μmol/l)				
---------	----------	--	--	--	--

--	--	--